224485

سلسلۂ نصابیات علمیہ جامعہ عثمانیہ

سرجیکل اپلائڈ اناٹمی

یعنی

جراحی اطلاقی تشریح

جلد دوم

آٹھواں ایڈیشن

مصنفہ

سر فریڈرک ٹریوز بیرونٹ

بہ نظر ثانی

سی سی- چوائس- سی- ایم جی، سی- بی- ای، بی- ایس- سی، این- زیڈ، ایم- ڈی (ایڈنبرگ)، ایف- آر- سی- ایس (انگلستان)

مترجمۂ

ڈاکٹر غلام دستگیر صاحب ایم- بی- بی- ایس، منشی فاضل- رکن سررشتۂ تالیف و ترجمہ جامعہ عثمانیہ سرکار عالی

سنہ ۱۳۵۶ھ سنہ ۱۳۴۷ف سنہ ۱۹۳۷ء

دار الطبع جامعہ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب مسرز کیسل اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کرکے طبع و شائع کیگئی ہے۔

فہرست مضامین

جراحی اطلاقی تشریح

جلد دوم

حصّہ چہارم۔ شکم اور حوض

حصّہ پنجم۔ جارحۂ اسفل

باب صفحہ

حصہ ششم۔ عمود فقری اور حبل شوکی

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

SURGICAL APPLIED ANATOMY

جراحی اطلاقی تشریح

جلد دوم

حصۂ چہارم۔ شکم اور حوض

باب ہفدہم

شکم

جدارِ شکم

سطحی تشریح ۔ شکم کا ابھار عمر، عضلی نمو، مرض اور فربہی کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتا ہے۔ کم عمر بچوں میں اس کے زیادہ ابھرے ہونے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جگر کی جسامت نسبتہً زیادہ ہوتی ہے۔

مزید برآں اسکا انحصار حوض کی جسامت کی چھوٹائی پر بھی ہوتا ہے جس میں نہ صرف کسی (حقیقی) شکمی ساخت کی ہی گنجائش نہیں ہو سکتی بلکہ حوضی اعضا کو بھی مشکل ہی سے جگہ ملتی ہے۔ چنانچہ شیر خوارگی میں مثانہ اور معائے مستقیم تقریباً شکمی احشاء ہی ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ کم عمر بچوں میں تبوّل کے لئے قوت مدافعت زیادہ ہوتی ہے۔ طویل المدت تمدد مثلاً حمل اور استسقاء وغیرہ کے بعد شکم بالعموم بہت نمایاں اور معلق رہتا ہے۔

ناف سے اوپر **خط ابیض** (linea alba) کا محل ایک خفیف سے وسطی میزاب سے ظاہر ہوتا ہے لیکن ناف سے نیچے اس قسم کا کوئی نشان نہیں پایا جاتا۔ **خط ہلالی** (linea semilunaris) جو عضلۂ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے جانبی یا بیرونی کنارہ کا تناظر ہوتا ہے ایک ذرا سے منحنی خط سے ظاہر کیا جا سکتا ہے جو نویں ضلعی غضروف کی نوک سے لیکر عانی شوکہ (درنہ) تک کھینچا جائے۔ ناف کے اوپر یہ خط سطح پر ایک اتھلے نشیب کی شکل میں پایا جاتا ہے۔ 379

عضلۂ مستقیمہ (rectus) کا خاکہ جب یہ اپنا فعل سرانجام دے رہا ہو بخوبی دیکھا جا سکتا ہے۔ اس پر تین **خطوطِ مستعرض** (lineæ transversæ) ہوتے ہیں۔ ایک بالعموم زائدہ خنجریہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور ایک ناف کے مقابل اور تیسرا دونوں کے درمیان ہوتا ہے۔ ان خطوط میں سے اوپر کے دونوں بخوبی نمو یافتہ موضوعات میں واضح ہوتے ہیں۔

ناف کا محل افراد کی فربہی اور شکم کے ارتخا کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ یہ زائدہ خنجریہ (xiphoid process) اور عانہ (pubes) کے درمیانی خط کے نقطۂ تنصیف سے ہمیشہ تقریباً ۲ سنٹی میٹر (۴/۳ انچ) اوپر ہوتا ہے۔ بالغوں میں سر سے پاؤں تک سطحی پیمائش کرنے سے یہ مرکز جسم سے کسیقدر اوپر پایا جاتا ہے۔ مگر پیدائش کے وقت جنین میں یہ اس نقطہ سے نیچے ہوتا ہے۔ بخوبی نمو یافتہ اشخاص میں جنکا شکم لٹکا ہوا نہ ہو ناف سامنے کی طرف سے تیسرے اور چوتھے قطنی فقرات کے درمیان کے قرص کی اور پیچھے کی طرف سے تیسرے قطنی شوکی زائدہ کی نوک کی تناظر ہوتی ہے۔ اگر دونوں حرقفی عرفوں کے بلند ترین مقامات کے درمیان ایک خط کھینچا جائے تو یہ اس سے تقریباً ۴/۳ انچ اوپر واقع ہوتی ہے۔

عظم حرقفی (ilium) کا مقدم فوقانی شوکہ (anterior superior spine)،

عانی شوکہ (pubic spine) اور رباط اربی (inguinal ligament) (پوپارٹ کا رباط) سب کے سب نمایاں اور اہم امتیازی نشانات ہیں۔ **عانی شوکہ** تقریباً اسی افقی خط پر واقع ہوتا ہے جس پر کبیر طروخا (great trochanter) کی اوپر کی کور واقع ہوتی ہے۔ دبلے موضوعات میں یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ فربہ اشخاص میں یہ عانی چربی کے نیچے بالکل غائب ہوجاتا ہے لیکن مردوں میں یہ صفن (scrotum) کو منغمد کرنے سے شناخت کیا جاسکتا ہے اور عورتوں میں اس زائدہ کا محل ران کی تبعید کرنے سے عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) کے مبداء کے وتر کو نمایاں بنانے سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ یہ عضلہ عانین کے جسم سے اس شوکہ کے عین نیچے سے شروع ہوتا ہے اور اس عضلہ کے ساتھ ساتھ انگلی لے جانے سے اس عظمی ارتفاع تک رسائی ہوجاتی ہے اگر ایک انگلی عانی شوکہ پر رکھی جائے اور دوسری دو انگلیاں پوپارٹ کے رباط کے ساتھ رکھی جائیں تو جو فتق ان انگلیوں کی طرف اترے گا وہ اربی (inguinal) اور جو انکے باہر کی طرف ظاہر ہوگا وہ فخذی 380
(femoral) ہوگا۔

جسم کی انتصابی حالت میں عظم حرقفی کا **مقدم فوقانی شوکہ** عجزی طنف (sacral promontory) کے لیول سے ذرا نیچے ہوتا ہے اور اگر قص اور سیف شکل زائدہ کے مقام اتصال پر ایک نقطہ لیا جائے (قصی سیفی نقطہ: sterno-ensiform point) تو یہ دسویں ظہری فقرہ کے بالائی حصہ کے بالمقابل ہوگا۔ یہ نقطہ فربہ اشخاص میں بھی ایک نشیب سے جو ضلعی غضروفوں کے ساتویں جوڑ کے قصی منتہاؤں کے نیچے ہوتا ہے بآسانی شناخت کیا جاسکتا ہے اور جیسا کہ ابھی معلوم ہوجائیگا یہ ایک اہم امتیازی نشان ہے۔

ایڈیسن (Addison) کا عبر البواب (transpyloric) یا وسطی برمعدی (mid-epigastric) مستوی وہ مستوی ہے جو جسم میں سے بدالقص اور ارتفاق عانہ کی چوٹیوں کے درمیانی فاصلہ کے مقام تنصیف پر سے مستعرضاً کھینچا جائے (یہ مقام بالعموم اس نقطہ کا متناظر ہوتا ہے جو قصی سیفی نقطہ اور ناف کے درمیان ان سے مساوی فاصلہ پر واقع ہو)۔ یہ خط سریری نقطہ نگاہ سے بہت مفید ہے۔ اس پر مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں (۱) نویں پسلیوں کی نوکیں اور اس لئے دائیں طرف پر مرارہ کا قعر۔ (۲) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان کا قرص۔ (۳) گردہ کا نافچہ جو معمولی قد کے جوان آدمی میں خط وسطی سے ۲½ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ (۴) بواب جو

خط وسطی سے ۱½ انچ کے اندر ہوتا ہے۔

پشت کے اس حصہ میں جو شکم کا متناظر ہوتا ہے **ناصبات شوکیہ** (erector spinæ) بخوبی دکھائی دیتے ہیں۔ انکے بیرونی حاشیے خط وسطی سے ۲½ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں ان کے درمیان شوکی مجوف ہوتا ہے۔ جو اس زاویہ میں جاکر ختم ہو جاتا ہے جو عظیم الوی عضلات سے بنتا ہے۔

حرقفی عرف کے وسط کے عین پیچھے **فوق حرقفی** (supra-iliac) (**پیٹی کا**: (Petit's) مثلث ہوتا ہے یہ وہ وقفہ ہے جو عضلہ موربہ خارجہ (external oblique) اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) کے درمیان ہوتا ہے۔ چوتھا قطنی شوکہ حرقفی عرف کے بلند ترین حصہ کے لیول کے قریب ہوتا ہے۔ قطنی کچوکے (lumbar puncture) یا قطنی شوکی بےحسی درد پیدا کرنے کے لئے سوئی بالعموم بین عرفی خط (تیسرے اور چوتھے قطنی فقرہ کے درمیان) کے عین اوپر داخل کیجاتی ہے۔

پسلیوں کی گنتی اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے شروع کرنا بہتر ہوتا ہے جسکی نشاندہی 381
قص پر لوڈوک کے ناحیہ (angulus Ludovici) سے ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ ممکن ہے کہ آخری پسلی ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) کے بیرونی حاشیہ سے باہر نہ نکلی ہو اور اس لئے نظر انداز ہو جائے اس قسم کا دھوکا کھانے سے جراح گردہ کے تعریہ کے لئے معمولی ترچھا قطنی شگاف دینے میں غلطی کرتا ہے اور فتحہ اتنا اونچا بنالیتا ہے کہ پلورا کو نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

اورطہ (aorta) چوتھے قطنی فقرہ کے جسم کے وسط کے بالمقابل خط وسطی کی عین بائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ¾ انچ دور اور اسکی بائیں جانب پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔ اگر اس محل تقسیم سے ایک ایک خط ہر ایک جانب پر پوپارٹ کے رباط (Poupart's ligament) کے وسط یعنی مقدم فوقانی شوکہ اور ارتفاق عانی کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ تنصیف تک کھینچا جائے

تو یہ **مشترک** (common) اور **خارجی حرقفی** (external iliac) شریانوں کے ممر کا متناظر ہوگا۔ اس خط کا بالائی ثلث مشترک حرقفی شریان کو ظاہر کریگا۔ اور اس کا بقیہ حصہ خارجی حرقفی کو۔

شکمی محور (cœliac axis) بارھویں ظہری فقرہ کے زیریں حصہ کے بالمقابل اس مقام سے نکلتا ہے جو بین برمعدی (mid-epigastric) نقطہ سے تقریباً ۱½ انچ اوپر ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف بارھویں ظہری شوکہ کا متناظر ہوتا ہے۔ **فوقانی ماساریقی** (superior mesenteric) اور **فوق کلوی** (suprarenal) شریانیں اس محور کے عین نیچے ہوتی ہیں۔ کلوی عروق (renal vessels) فوقانی ماساریقی سے تقریباً ½ انچ نیچے اور بین برمعدی نقطہ کے بالمقابل نکلتے ہیں۔ **تحتانی ماساریقی** (inferior mesenteric) شریان اورطہ میں سے ناف سے تقریباً ایک انچ اوپر نکلتی ہے۔ **عمیق برمعدی** (deep epigastric) شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو رباطِ اُربی کے وسط سے لیکر ناف تک کھینچا جائے۔ اسکے بعد یہ عضلہ کے وسطی حصہ کے پیچھے عموداً اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اسی خط کے ساتھ ساتھ بعض اوقات سطحی برمعدی ورید بھی دیکھنے میں آتی ہے۔

شکمی "حلقوں" (rings) کا ذکر فتق کے تحت کیا جائیگا۔ (صفحہ 396 اور اس کے بعد کے صفحات)۔

مقدم جدارِ شکم

شکم کے سامنے کی جلد بُن ران کے خطہ میں ڈھیلی چپکی ہوتی ہے دوسرے مقامات کی نسبت

382 یہ خط وسطی میں عمیق تر حصوں سے زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے لیکن اتنی مضبوطی سے منضم نہیں ہوتی کہ التہاب کو شکم کی ایک طرف سے دوسرے طرف کو منتشر ہونے سے باز رکھے۔ زیادہ فربہی کی حالت میں پیٹ پر دو مستعرض شکن بنجاتے ہیں جن میں سے ایک ناف پر ہوتا ہے اور دوسرا عانہ کے عین اوپر کولھے کے جوڑ کے جاسی ہونے کی حالتوں میں اکثر مستعرض شکن دیکھنے میں آتے ہیں جو پیٹ پر سے گزرتے ہیں۔ یہ شکن ستون شوکی کو زیادہ کثرت سے خمیدہ کرنے سے پیدا ہوتے ہیں جو ایسی حالتوں میں

کو لہے کی حرکتوں کے فقدان کی تعویض کے لئے بالعموم ضروری ہوتا ہے۔

جب شکم کے کسی بیجد تمدد سے جلد تنیدہ ہو چکی ہو تو بعض نقرئی لکیریں خطوط حملی (lineæ gravidarum) زیریں حصہ کی جلد پر ظاہر ہو جاتی ہیں۔ یہ جلد کے ذبول سے پیدا ہوتی ہیں جو تناؤ سے واقع ہوتا ہے۔ حمل استسقاء اور بعض سلعات وغیرہ کے بعد یہ بخوبی دکھائی دیتی ہیں۔

جلد کے نیچے **سطحی ردا** ہوتی ہے جو شکم کے زیریں نصف پر دو تہوں میں آسانی سے تقسیم کیجا سکتی ہے۔ اس خطہ کی زیر جلدی چربی کی بہت سی مقدار اس ردا میں پائی جاتی ہے جو دونوں رداؤں میں سے زیادہ اوپری ہوتی ہے اور فربہ اشخاص میں یہ ۲ انچ تک بھی گہری ہوتی ہے۔ سطحی عروق اور اعصاب کا زیادہ تر حصہ اسی ردا کی دونوں تہوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ لہذا فربہ موضوعات میں شکم پر ایک انچ یا اسکے لگ بھگ گہرے شگاف دئے جا سکتے ہیں جن میں زیادہ بڑے عروق سامنے نہیں آتے۔

سطحی ردا کی **عمیق تہ** میں لچکدار ریشے موجود ہوتے ہیں اور یہ تہ حیوانات کے طبقہ شکمی (tunica abdominalis) کی متناظر ہوتی ہے۔ خط وسطی پر ارتفاق عانی کی حد تک یہ عمیق حصوں سے اور رباط اربی کے پار ردائے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ ارتفاق اور عانی شوکہ کے درمیان جو فاصلہ ہوتا ہے اس میں اسکی کوئی چسپیدگی نہیں ہوتی بلکہ نیچے کی طرف یہ صفن میں چلی جاتی ہے اور یہاں یہ بافت سلخیہ (dartos tissue) کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ وہ وعا بدر پیشاب (extravasated urine) جو صفن تک پہنچ چکا ہو اس فاصلہ کو طے کر کے شکم کے اوپر کی جانب چڑھ جاتا ہے۔ اس حالت میں اس ردا کی عمیق تہ اسکو محدود کر دیتی ہے۔ اس ردا کی چسپیدگیوں کی وجہ سے نہ یہ ران میں جا سکتا ہے اور نہ
خط وسطی کو عبور کر سکتا ہے۔ اسی طرح وہ نفاخی (emphysematous) اجتماعات جو چھاتی کے 383
ضربات سے پیدا ہوتے ہیں جب ردا کی عمیق تہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں تو بن ران پر جا کر ہی رکتے ہیں۔ مزید برآں ان شحمی سلعات کی تحدید جو اس تہ کے نیچے پیدا ہوتے ہیں خط وسطی اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط ہی سے ہوتی ہے۔

مقدم شکمی جدور کی **موٹائی** مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ بہت زیادہ لاغری کی حالت میں بعض احشاء کے خاکے شکم کی پتلی دیواروں میں سے بآسانی معلوم کئے جا سکتے ہیں اور بعض اوقات دکھائی بھی دے سکتے ہیں۔ مزمن معوی تسدد کی حالت میں متمدد امعاء کے خاکے نظر آتے ہیں اور انکے حرکات دکھائی دے سکتے ہیں۔ تسدد بواب کی مثالوں میں متسع اور بیش پرورده معده کے حرکات اکثر دیکھے جا سکتے ہیں۔ دیوار شکم کی اضافی موٹائی کا انحصار مختلف اشخاص میں عضلات کی موٹائی کی نسبت زیادہ تر زیر جلدی چربی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ یہ عضلی سرحد اندرونی احشاء کے لئے ایک قابل تعریف محافظ کا کام کرتی ہے۔ عضلات شکم کو منقبض کرنے سے پیٹ کا سامنے کا حصہ تختہ کی طرح سخت کیا جا سکتا ہے اور حاد التہاب بار یطون میں بعض اوقات یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ اس انقباض سے ایک معتدبہ حد تک استواری پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں **شکم پر چوٹ لگنے** سے جبکہ عضلات مضبوطی سے منقبض ہوں احشاء کو غالباً کوئی ضرر نہیں پہنچتا، تاوقتیکہ چوٹ انتہا درجہ کی شدید نہ ہو۔ استوار عضلی دیوار اپنے فعل میں ربڑ کے ایک کثیف صحفہ کی طرح موثر ثابت ہوتی ہے۔ یہ دیوار بعض اوقات کچلی بھی جاتی ہے اور بعض اوقات پھٹ بھی جاتی ہے مگر کوفتگی کا بیشتر صدمہ اسی کو پہنچتا ہے۔

شکم پر چوٹ آنے سے مشمولہ احشاء پر جس اثر کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اسکا انحصار غالباً بہت سے اسباب پر ہوتا ہے۔ لیکن جہاں تک خود دیواروں کا تعلق ہے اس اثر کا دارومدار زیادہ تر اس امر پر ہوتا ہے کہ آیا ضرب متوقع تھی یا نہیں، اور جدور میں چربی کی کتنی موٹی گدی موجود ہے۔ اگر ضرب متوقع ہو تو شکم کے عضلات یکایک فطری طور پر منقبض ہو جائینگے، اور احشاء کو فی الفور ایک محکم مگر لچکدار سپر مہیا ہو جائیگی۔ اسی لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ عضلات شکم
384
کوفتہ اور دریدہ پائے گئے ہیں مگر احشاء صحیح و سالم موجود تھے۔ بخلاف اسکے حشا ایسی حالتوں میں جبکہ عضلات یا تو غالباً عدیم الفعل تھے اور یا ان پر حملہ اچانک ہوا دیوار شکم کو کوئی نمایاں ضرر پہنچنے کے بغیر ضرر رسیدہ پایا گیا ہے۔ جنگ عظیم میں احشائے شکم کو گولی سے ضرر پہنچنے کے کئی ایک واقعات کا اندراج کیا گیا تھا مگر انمیں گولی کا راستہ جو حشائی ضرر کا باعث ہوئی تھی عضلی جدور تک ہی محدود تھا۔

عضلی دیوار احشاء کو محفوظ رکھنے کے علاوہ خاص **حشائی سہارے** کا کام بھی دیتی ہے۔ سیدھا کھڑے ہوتے ہی دیوار شکم کے عضلات معکوس طور پر منقبض ہو جاتے ہیں اور اسطرح شکمی مشمولات کا وزن بھی برداشت کرتے ہیں۔

خط ابیض (linea alba) پر دیوار شکم پتلی کثیف اور مرئی عروق خون سے مبرا ہوتی ہے۔ لہذا کھفہ شکم کے بہت سے عملیہ جات میں شگاف خط وسطی پر دیا جاتا ہے۔ عضلہ مستقیم کے بیرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ (خط ہلالی کے قریب اور اسکی دوسری طرف) بھی جلد و پتلے اور عروق سے مبرا ہوتے ہیں اور اسلئے وعائی نقطہ نگاہ سے یہ محل بھی شگاف کے لئے بہت موزوں ہے لیکن ایک زیادہ اہم سبب کی وجہ سے کہ اس سے عضلہ مستقیم کی عصبی رسد کو نقصان پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے یہ محل بہت ناموزوں ہے۔ ناف سے تخمیناً ایک انچ نیچے ہر دو عضلات مستقیم تقریباً ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں اور یہ مشکل ہی سے کہا جا سکتا ہے کہ یہاں خط ابیض (linea alba) موجود ہے۔ مگر اوپر کی جانب یہ عضلات علٰحدہ رہتے ہیں اور یہاں خط ابیض طبعی طور پر ۳/۴ انچ چوڑا ہوتا ہے۔ حمل، فربہی اور استسقاء میں اسکا فوق السّری حصہ ۲ انچ یا اس سے زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے۔ مگر تنگ تحت السّری حصہ غیر متاثر رہتا ہے۔ خط ابیض کا یہ حصہ جب چوڑا ہو جاتا ہے تو اس حالت کو **عضلات مستقیمہ کا انفراج** (divarication of recti) کہتے ہیں۔

385 اس حالت میں جب عضلات مستقیم اپنا فعل کرتے ہیں، مثلاً جبکہ مریض چت لیٹنے کے بعد بازوؤں کی مدد کے بغیر بیٹھنے کی کوشش کرتا ہے تو مشمولات شکم انکے درمیان سے ابھر آتے ہیں بعض اوقات زیر باریطونی چربی کے غلولے خط ابیض کے رخنوں میں سے بڑھ آتے ہیں اور ان سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو شحمی فتوق (fatty herniæ) کے نام سے موسوم ہے۔

ناف کا لیفی حلقہ خط ابیض سے مشتق ہوتا ہے۔ اس حلقہ سے تمام ہم پہلو ساختیں - جلد - ردا اور باریطون مضبوطی سے منضم ہوتی ہیں، یہ انضمام ایسا ہوتا ہے اور جلد اور باریطون کے درمیان چربی کی مقدار اتنی قلیل ہوتی ہے کہ سری فتق (umbilical hernia) پر عملیہ کرتے وقت فتقی تاچہ کے کھولنے سے احتراز نہیں کیا جا سکتا۔

ناف اس مقام کو ظاہر کرتی ہے جہاں جانبی شکمی دیواریں انجام کار بند ہوتی ہیں۔

چھٹے ہفتہ میں یہ فتحہ قیف نما ہوتا ہے اور تاچہ زردی (yolk sac) اور امعا کے ایک دہراؤ پر مشتمل ہوتا ہے جن سے یہ پیچیدہ بھی ہوتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات برقرار رہتی ہے اور اس سے خلقی سری فتق پیدا ہوجاتا ہے۔ جنین میں ناف پر تین عروق داخل ہوتے ہیں اور کہفہ شکم میں پہنچتے ہی یہ علٰحدہ علٰحدہ ہوجاتے ہیں۔ ورید براہ راست اوپر کی طرف کو چلی جاتی ہے اور شریانیں ترچھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی طرف کو چلی جاتی ہیں۔ یوریکس (urachus) کے آثار خط وسطی میں ناف سے نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ جنین میں وہ مقام جس پر تینوں عروق ایک دوسرے سے علٰحدہ ہوتے ہیں تقریباً ناف کا مرکز ہی ہوتا ہے اور خلقی سری فتق میں ایسا ہوتا ہے کہ رودہ باہر نکلتے ہی تینوں عروق کو علٰحدہ علٰحدہ کر دیتا ہے اور یہ اس کے اوپر کسی حد تک پھیل جاتے ہیں۔ خلقی فتق فی الحقیقت حبل کی ساختوں کے درمیان سے نکل جاتا ہے اور اسکے غلافات انہی سے بنتے ہیں۔ یہ فتوق خوش قسمتی سے نادر الوقوع ہیں۔ کیونکہ بعض مثالوں میں یہ تھوڑی دور تک ہی حبل میں جاتے ہیں اور جن واقعات کے متعلق اطلاع دیگئی ہے انمیں سے کم سے کم دو میں قابلت کرنے بوقت پیدائش حبل سری کاٹتے وقت رودہ کاٹ دیا تھا[1]۔ جوں جوں شکم بلند ہوتا جاتا ہے۔ دونوں مسدود شریانیں اور یوریکس
(urachus) ندبہ کے لئے جر کا کام کرتے ہیں اور اسے پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ 386

بعض حالتوں میں ناف پر ایک ناسور پایا جاتا ہے جس سے پیشاب نکلتا رہتا ہے۔

یہ **منفتح یوریکس** (patent urachus) سے پیدا ہوتا ہے۔ بولی مثانہ کلمیہ (allantois) سے بنتا ہے اور کلمیہ کا جو حصہ مثانہ اور ناف کے درمیان ہوتا ہے اس سے یوریکس (urachus) بنتا ہے جسکا درونہ بالعموم بند ہوجاتا ہے اگرچہ بعض اوقات یہ مفتوح بھی رہتا ہے۔

بعض اوقات ناف پر ایسا ناسور بھی پایا جاتا ہے جس سے براز خارج ہوتا ہے۔
یہ زردینی معوی قنات (vitallo-intestinal duct) کے برقرار رہنے سے بنتا ہے۔ یہ قنات ایک راستہ ہے جو کسی وقت ابتدائی جنین کی معا کو تاچہ زردی (yolk sac) سے ملاتا ہے۔

---

[1] خلقی فتق کو طفلی سری فتق سے جو حبل سری کے کاٹنے کے بعد عام طور پر دیکھنے میں آتا ہے تمیز کرنا ضروری ہوتا ہے۔ ان خلقی فتوق کے بیان کے لئے لانسٹ (Lancet) ۱۸۸۸ء۔ ا۔ ۳۲۳ میں مصنف کا مضمون دیکھا جائے۔

اور جب نمو کو ترقی ہوتی ہے تو یہ جبل سری کے مشیمی سرے پر پہنچ جاتا ہے۔ ۹۹ فیصدی جنینوں میں یہ ربط غائب ہوجاتا ہے۔ مگر ایک فیصدی میں یہ قنات یا جبل یا عطفہ کی شکل میں برقرار رہتا ہے۔ جب معوی سرا برقرار رہتا ہے تو اسے **عطفۂ میکل** (Meckel's diverticulum) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے اور یہ لفائفی سے لفائفی اعوری دہنہ سے ۲ فٹ اوپر نکلتا ہے۔ مزید برآں اس جنینی علاقہ سے اُس لیفی جبل کی موجودگی کی بھی توجیہ ہوتی ہے جو بعض اوقات عطفۂ میکل کو ناف سے ملاتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ اس لیفی جبل سے بعض اوقات امعاء کی تخنیق واقع ہوجاتی ہے (شکل ۹۸)۔

عضلہ مستقیم کے مستعرض تقاطعات (transverse intersections)

کے محل کو ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ یہ عضلہ مستقیم کے غلاف کی مقدم تہ سے منضم ہوتے ہیں مگر اس کی موخر تہ سے منضم نہیں ہوتے۔ لہذا جو تقیحی اجتماعات اور نزفات اسکی مقدم جانب کے غلاف کے نیچے پیدا ہوجاتے ہیں انکو یہ کسی حد تک محدود رکھتے ہیں۔ یہ عضلہ اکثر ایک قسم کے **وہمی سلعہ** (phantom tomour) کا محل ہوتا ہے۔ یہ سلعات ہسٹیریا (hysteria) کے مریضوں اور مراقی اشخاص میں کثرت سے پائے جاتے ہیں اور جب انکے ساتھ کچھ موہوم سے شکمی علامات موجود ہوتے ہیں تو ان سے مغالطہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ سلعات عضلہ کے جزوی انقباض سے پیدا ہوتے ہیں جو بالعموم اسکے دو تقاطعات کے درمیانی حصہ میں واقع ہوتا ہے اور انکے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ عضلہ مستقیم کے بالائی حصہ میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ جب اس عضلہ کے ریشے منقبض ہوتے ہیں تو "سلعہ" نمایاں ہوتا ہے اور جب یہ ڈھیلے ہوجاتے ہیں تو یہ غائب ہوجاتا ہے۔ بہرحال وہمی سلعہ ہمیشہ عدیم الاہمیت نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ شکم کے اندر کے کسی خطرناک مرض سے 387
تعلق رکھتا ہو اور **معکوس عضلی انقباض** سے پیدا ہوا ہو۔ اس قسم کے معکوس فعل کا نقطۂ ابتدا احشاء میں ہوتا ہے۔ ان مختص المقام انقباضات سے حشوی مرض کے محل کا پتہ چل سکتا ہے۔ چنانچہ معدہ کی خاص حسی عصبی رسد جبل کے آٹھویں ظہری عصب سے آتی ہے اور عضلہ مستقیم کا وہ حصہ جو بالائی اور وسطی نقوش کے درمیان کا ہے۔ اسی قطعہ سے آٹھویں ظہری عصب کے ذریعہ سے

رسد حاصل کرتا ہے اس لئے معدہ کے مرض کے ساتھ اس حصہ کا انقباض بھی پایا جاسکتا ہے مستقیم عضلہ کو نیچے کے چھ ظہری اعصاب سے اعصاب آتے ہیں اور اس کا جو حصہ ناف پر ہوتا ہے اسکی رسد دسویں عصب سے آتی ہے۔

دوسرے غائب ہوجانے والے سلعات کا انحصار امعاء کے ریح یا برازی مادہ سے متمدد ہوجانے پر ہوتا ہے شکم کے بہت سے تمدد میں مستقیم عضلہ کے ریشے بعض اوقات بہت تمدید ہو جاتے ہیں، کیونکہ تمدد پیدا کرنے والی قوت کا بار انہی پر پڑتا ہے۔ کمزور ریشوں کے اپنے رخ کی وجہ سے دریدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس عضلہ کے حصے شدید عضلی فعل سے مثلاً چھلانگ مارنے یا کھانسنے میں پھٹ چکے ہیں۔

آگے کی شکمی دیوار کے جانبی **عضلات** ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت کی تہوں سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ عضلہ مورب داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے درمیان کی بافت میں بڑے بڑے اعصاب اور شریانیں پائی جاتی ہیں۔

باریطون سب مقامات پر دیوار شکم سے **زیر باریطونی اتصالی بافت** سے بستہ ہوتا ہے۔ حوض میں یہ بافت ڈھیلی ہوتی ہے تاکہ حوضی احشاء ــ مثانہ معائے مستقیم اور رحم ــ پھیل سکیں۔ اسی طرح یہ حرقفی حفرات اور مقدم شکمی دیوار پر بھی اُربی رباط اور ارتفاق عانہ سے ۲ انچ اوپر تک ڈھیلی ہی ہوتی ہے۔ لیکن اس لیول سے اوپر اور ڈایافرام کی زیریں سطح پر یہ باریطون کو مضبوطی سے چسپیدہ کرتی ہے۔ اس تہ کے ڈھیلے پن کی وجہ سے خراجات کی توسیع کو بہت مدد ملتی ہے اور انکے بڑھنے میں یہ کوئی مزاحمت پیش نہیں کرتی۔ اس قسم کا خراج خاصکر ان احشاء سے پھیل سکتا ہے جنکا باریطونی غلاف نامکمل ہوتا ہے مثلاً گردہ اور قولون کے انعطافی حصے وغیرہ سے۔ اس بافت کے ڈھیلے پن سے بعض جراحی طریقہ ہائے عمل میں استفادہ کیا گیا ہے۔ چنانچہ خارجی اور مشترک حرقفی شریانوں تک انکے کسی قدر باہر کی طرف منکشف دینے سے باریطون کو کھولے بغیر رسائی کیجا سکتی ہے۔

عروق خون۔ دیوار ہائے شکم میں جو شریانیں ذرا بڑی بڑی ہیں وہ صرف تحتانی یا

388

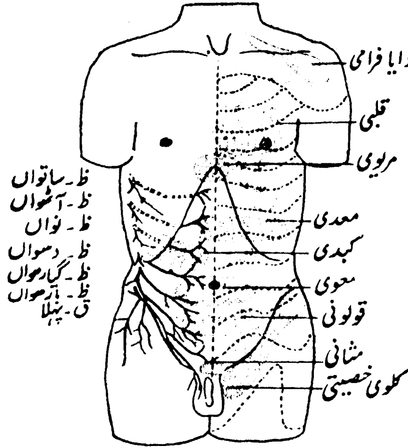
عمیق بر معدی شریانیں، عمیق منحنی سرینی (deep circumflex iliac) کی کچھ شاخیں، آخری دو بین ضلعی عروق، فوقانی بر معدی (superior epigastric) شریان، اندرونی پستانی کی ایک شاخ اور قطنی شریانوں کی شکمی قسمتیں ہیں سطحی عروق چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔

سطحی وریدیں شکم کی سامنے کی طرف پر کثیر التعداد ہوتی ہیں اور دوالی نما ہونے کی حالت میں یہ بہت نمایاں ہوتی ہیں۔ اسطرح ایک جانبی ورید جو بغل سے لیکر بن ران تک جاتی ہے اور بغلی اور فخذی وریدوں کو ملاتی ہے بہت واضح ہو جاتی ہے۔ ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) کے تسدد کی حالتوں میں شکم کی سطحی وریدیں بعض اوقات خون کی بدیلی گزرگاہوں کا کام بھی دیتی ہیں۔ سریری تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ یہ وریدیں ان مثالوں میں بھی جنہیں ورید اجوف تحتانی منفتح ہوتی ہے بعض اوقات ایک بہت بڑی حد تک دوالی نما ہوتی ہیں۔ ان عروق کے مصاریع اسطرح مرتب ہوتے ہیں کہ ناف کے اوپر کی سطحی وریدوں کا خون بغل کی طرف جاتا ہے اور زیر نافی خطہ کا خون کنج ران کیطرف کو۔ ناف کے قرب و جوار میں یہ وریدیں جگر کے درانتی شکل رباط (falciform ligament) کے اندر کی تغممی وریدی گذرگاہوں کے ذریعے سے بابی ورید (portal vein) سے جگر کے اندر ملی ہوتی ہیں (دیکھیے :Sappey)۔ لہٰذا جن حالتوں میں بابی دورانِ خون جگر کے مرض یا بابی ورید کے جزوی طور پر بند ہونے سے متسدد ہو جاتا ہے۔ ان میں کسیقدر بابی خون نافی ربط کے ذریعہ سے سطحی بر معدی وریدوں میں بھی چلا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں خون ناف سے دور بہتا ہوا پایا جاتا ہے۔ کبدی کہبتہ سے پیدا شدہ استسقاء کا تدارک کرنے کے لئے ٹالما موریسن (Talma-Morison) کے عملیہ کی ایک مرممہ صورت اکثر مفید ثابت ہوتی ہے۔ ثرب عظیم کا ایک بڑا سا ٹکڑا انکلیس ربودہ (decalcified) ہڈی کے ایک حلقہ میں سے جو بار طیون میں ایک سوراخ کرکے اس سے سی دیا جاتا ہے باہر نکال لیا جاتا ہے۔ اگر اس ثربی جامہ پوش کو ٹانکے لگا دئے جائیں اور اسے دیوارِ شکم کے اندر چوڑا کرکے پھیلا دیا جائے تو شکم اور دیوارِ شکم کی وریدوں کے درمیانی تغممات چند ہفتوں میں بہت موثر بنجاتے ہیں (سی۔سی چوائس) اور سطحی وریدیں بہت متسع ہو جاتی ہیں۔ 389

شکم کی سامنے کی طرف کے **سطحی عروق لمف** کے متعلق عمومی طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ

ناف سے اوپر کے عروق بغلی غدد کی طرف اور اس سے نیچے کے کنج ران کے غدد کی طرف جاتے ہیں۔

390 **اعصاب۔** دیوار شکم کو سب سے نچلے چھ صدری یا بین ضلعی اعصاب اور پہلا قطنی عصب



شکل ۸۵ دھڑ کی اگلی سطح پر کے ان رقبہ جات کو تخمیناً ظاہر کرتی ہے جن کو شوکی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

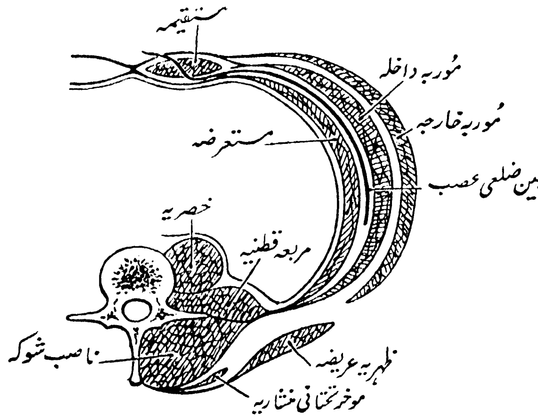
یہ رقبہ جات بائیں جانب پر منقوط خطوں سے ظاہر کئے گئے ہیں اور جو عصب شوکی انکو رسد پہنچاتا ہے اس کا عدد درج ہے۔ اعصاب دائیں جانب پر ظاہر کئے گئے ہیں۔ سرخ نقطوں والے رقبہ جات ان خطہ جات کو ظاہر کرتے ہیں جن سے حشائی مرض سے متعلق درد عام طور پر منسوب ہوتا ہے (مطابق مشاہدات سر جیمز میکنزی)۔ درد ہر ایک رقبہ کے غیر محصور حصہ کی طرف پھیلتا ہے۔

رسد پہنچاتے ہیں (شکل ۸۵)۔ یہ شکم کے طولی محور کی جانب ترچھے رخ میں نیچے کی اور اندر کی طرف جاتے ہیں۔ شکمی عملیہ جات کے بعد فتوق کے وقوع اور عضلی کمزوری کے انسداد کے لئے شکمی دیوار کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت ان اعصاب کو سلامت رکھنا زیادہ ضروری ہوتا ہے۔ لہٰذا اگر ممکن ہو تو

ایسے تمام شگافات سے احتراز کرنا چاہئے جن سے یہ کٹ جائیں۔ ایسے شگافات جو ضلعی حاشیہ کے
متوازی یا عضلہ مستقیمہ کے بیرونی حاشیہ پر دئے جاتے ہیں اُن سے ان اعصاب کو نقصان پہنچنے کا
خاص طور پر احتمال ہوتا ہے اور گردہ کو معرا کرنے کے لئے جو شگاف دیا جاتا ہے اس میں بے احتیاطی سے
کام کرنے سے بعض اوقات آخری صدری عصب کو ضرر پہنچ جاتا ہے۔ ایسے شگافات سے جو مستعرض
رخ میں یا نیچے کی اور اندر کی طرف کو ترچھے دئے جائیں اعصاب کو ضرر پہنچنے کا کم امکان ہوتا ہے۔
لیکن اگر یہ عضلہ مستقیمہ میں سے دئے جائیں تو انکو احتیاط سے بچنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ نزد وسطی
شگاف سے جو غلافِ مستقیمہ میں عموداً شگاف دینے اور پھر مستقیمہ کو باہر کیطرف بازکشیدہ کرنے سے
بنایا جاتا ہے رسائی بھی حاصل ہوجاتی ہے' اور ساتھ ہی اعصاب کو بھی کوئی خطرہ نہیں ہوتا' اور
نیز ایسے شکم کے تمام رقبہ پر بڑھایا جاسکتا ہے۔ اسلئے بہت سے جراح اس شگاف کو بہت پسند کرتے
ہیں کیونکہ اس سے رسائی بھی بخوبی ہوتی ہے اور شدید خطرہ بھی اقل ہوتا ہے۔

نیچے کے بین ضلعی اعصاب دیوار شکم میں ضلعی غضروفوں کی گہری سطحوں کے نیچے سے داخل
ہوتے ہیں اور یہ ان فضاؤں میں سے گذر کر آتے ہیں جو عضلہ مستعرضہ (transversalis) اور
ڈایافرام کے مبداؤں کے سروں کے درمیان ہوتی ہیں۔ آخری صدری، حرقفی زیر معدی
(ilio-hypogastric) اور حرقفی اُربی اعصاب گردہ کے پیچھے سے گزرتے ہیں اور پھر عضلہ مستعرضہ
کو منثقب کرتے ہیں۔ یہ تمام اعصاب عضلہ مورّبہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ
(transversalis) کے درمیان آگے کی اور نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ حرقفی اُربی (ilio-
inguinal) عصب قنال اربی میں چلا جاتا ہے اور بقیہ اعصاب عضلہ مستقیمہ کے غلاف کے 391
بیرونی کنارے کو موخر رُخ سے منثقب کرتے ہیں اور عضلہ مستقیمہ کے پیچھے اندر کی طرف بڑھ جاتے ہیں۔
اور اس عضلہ میں تقریباً اسکے نصف پر داخل ہوجاتے ہیں۔ لہٰذا غلاف مستقیمہ کا اندرونی نصف
عصبی تنوں سے مبرا ہوتا ہے (شکل ۸۶)۔ کوآیٹ (Coyte) (لانسیٹ ۱۸ نومبر ۱۹۲۲ء) نے اس
امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ بین ضلعی اعصاب کا ممر سیدھا نہیں ہوتا بلکہ انمیں چنبروں کا ایک سلسلہ
پایا جاتا ہے جنکے انقعادات اوپر کی طرف کو ہوتے ہیں۔ یہ کم سے کم ساتویں آٹھویں اور نویں عصب کے
متعلق صحیح معلوم ہوتا ہے اور اُس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ تمام بین ضلعی اعصاب دیوار شکم میں
اپنے "متناظر" ضلعی غضروفوں کے نیچے سے داخل نہیں ہوتے۔ چنانچہ ساتواں عصب اس میں نویں

ضلعی غضروف کی نوک سے عین اوپر داخل ہوتا ہے اور نواں اور دسواں عصب اس غضروف کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں اور بقیہ اعصاب اپنے متناظر غضروفوں کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں (شکل ۸۷)۔ لہٰذا عضلہ مستقیمہ کے اوپر کے چار انچ میں کوئی حقیقی عصبی تنہ موجود نہیں ہوتا (کوایٹ Coyte-) اور ضلعی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغیر کسی خطرہ کے ترچھا شگاف دینا ممکن ہے بشرطیکہ یہ نویں

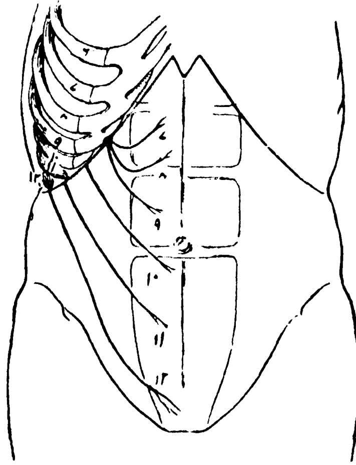


شکل ۸۶۔ دیوارِ شکم کی مستعرض تراش جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بین ضلعی عصب غلاف مستقیمہ کی موخرتہ کو کس طرح منثقب کرتا ہے اور اس سے وہ مقام بھی ظاہر ہوتا ہے جس میں یہ عضلہ مستقیمہ میں داخل ہوتا ہے۔

392 ضلعی غضروف پر جاکر ختم ہو جائے۔ مگر اپنے تجربہ میں میں (سی۔سی چوائس) نے بہت سے ایسے واقعات دیکھے ہیں جنہیں اس قسم کا شگاف دیا گیا تھا اور بعد کے عملیہ پر یہ معلوم ہوا کہ مستقیمہ کا بالائی حصہ جامد لیفی بافت میں تبدیل ہو گیا ہے۔

اعصاب شکم صرف عضلات ہی کو رسد نہیں پہنچاتے بلکہ جلد اور باریطون کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ اس امر سے عضلات کی اس استوار اور محافظانہ مجیبیت کی جو باریطونی خراش سے عمل میں

آتی ہے اور نیز عضلات کے اس فوری محافظ فعل کی جو ضرب کے متوقع ہونے کی حالت میں ظاہر ہوتا ہے توجیہ ہوتی ہے شکم کے سریری جس کے لئے یہ ضروری ہے کہ جراح کا ہاتھ گرم اور نرم ہو کیونکہ سرد ہاتھ سے چھونے سے یا اسکی بے آہنگ اور جھٹکے دار حرکتوں سے الیم شکم میں فوراً ایک عضلی مجیبیت پیدا ہوجائیگی جس سے استواری رونما ہوجائیگی' اور جن چیزوں کی تلاش جس سے کیجارہی ہے وہ پوشیدہ ہوجائیں گی نہ صرف مریض ہی کا کسی آرام دہ وضع میں ہونا ضروری ہے بلکہ جراح کے لئے بھی ایسی وضع ضروری ہے"



شکل ۸۷ - دیوارِ شکم کے اعصاب کا ضلعی حاشیہ سے تعلق اور ان کا رُخ ظاہر کیا گیا ہے۔

393 کیونکہ اسی طرح وہ ایسا امتحان انجام دے سکتا ہے جس سے مریض کو درد سے تکلیف نہ ہو اور جو خود اسکے لئے بہت معنی خیز ہو۔ اسے یہ بھی ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ ہاتھ فوراً اٹھا لینے سے بھی الیم شکم میں اسی طرح درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے جس طرح کہ دفعتہً دباؤ ڈال دینے سے۔

صدر اور شکم کی تعصیب میں قریبی تعلق موجود ہونے کی وجہ سے یہ خطرہ پیدا ہوتا ہے کہ

مریض خاصکر جبکہ وہ بچہ ہو ایسے درد کو جو فی الحقیقت چھاتی میں پیدا ہوا ہو شکم سے منسوب کرے اور ممکن ہے کہ اس میں عضلی استواری بھی موجود ہو۔ اس امکان کی اہمیت معلوم نہ کرسکنے کی وجہ سے ذات الریہ کی ابتدائی حالتوں میں غلطی سے شکمی مرض تشخیص کردیا گیا ہے۔ ایک اور طریقہ سے شکم کے درد سے حقیقتہً صدری مرض پیدا ہوجاتا ہے مثلاً زخم شکم کے درد کی وجہ سے تنفسی حرکات بند ہوجاتی ہیں اور اس طرح ریوی پیچیدگیاں بڑھ جاتی ہیں۔

شوکی ذیول میں شوکی اعصاب کے مضغوط ہونے سے انکے رقبہ جات تفرع میں بعض اوقات حس متغیر ہوجاتی ہے۔ مثلاً مریض شکم کے درد یا اسکے جکڑے ہونے کی شکایت کرتا ہے۔ اس قسم کا درد فقرات کے خبیث مرض یا انیس انورسماؤں کے دباؤ سے تلطیف پیدا ہوجانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس سے درد شکم کی غلط تشخیص کردیجاتی ہے۔

دیوار جسم کے اعصاب کے اور زیادہ اہم ائتلافات بھی ہیں اور وہ **حشوی ائتلافات**
(visceral associations) ہیں۔ جن جبلی مراکز کے ساتھ دیوار جسم کے اعصاب وابستہ ہیں
وہ نظام مشارکی کے ذریعہ سے احشائے شکم و صدر سے بھی ربط وراہ رکھتے ہیں۔ حشوی شوکی مراکز اپنے 394
متناظر بدنی **شوکی مراکز** (somatic spinal centers) سے بھی قریبی ربط رکھتے ہیں۔ لہذا
احشائے شکم کے اندر کی مرضی حالتیں متناظر جبلی مراکز میں خلل پیدا کرتی ہیں اور چونکہ دماغ صرف بدنی
اعصاب کے ساتھ ساتھ ہی درد کے مقام کی تعیین کا عادی ہے اسلئے غلطی سے یہ درد کو خلل یافتہ قطعہ
کے عصب شوکی کے ساتھ منسوب کردیتا ہے۔ صرف درد ہی منسوب نہیں ہوتا بلکہ جس حصۂ جلد کو خلل یافتہ
شوکی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ بھی الیم ہوجاتا ہے اور الیمیت کے ان رقبہ جات کے مطالعہ سے
ہیڈ (Head) نے جبل شوکی میں حشوی مراکز کی تعیین مقام کی ہے۔ چنانچہ اس سے جراح کو زیادہ صحیح
تشخیص کرنے کا ذریعہ حاصل ہوگیا ہے۔ چھٹے ظہری قطعہ سے لیکر پہلے قطنی تک کے شوکی قطعات احشائے شکم
کو رسد پہنچاتے ہیں اور یہ اعصاب اپنے مقامات مقصود تک فروع رابط (rami communicantes)
اور احشائی (splanchnic) اعصاب اور شکم کے مشارکی ضفیروں کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ دوسری
تیسری اور چوتھی قطنی عصبی جڑوں سے کوئی حشوی عصب نہیں نکلتا۔ لہذا انمیں منسوب حشوی درد کبھی
نہیں پایا جاتا۔ حوضی احشاء کو پانچویں قطنی سے لیکر تیسرے اور بعض اوقات چوتھے عجزی عصب تک کے
اعصاب اعصابِ ناصب (nervi erigentes) کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔

یہ بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ دیوارِ شکم میں اعصاب کے تین نظام پائے جاتے ہیں۔
(۱) اعصاب جلد۔ (۲) اعصاب عضلات (حرکی اور حسی)۔ (۳) جداری باریطون کے اعصاب
انہیں سے ہر ایک اور سب کے سب بھی بعید درد کا محل ہو سکتے ہیں۔ عام ترین محل عضلی اعصاب ہی ہوتے ہیں۔ عضلہ پر دباؤ ڈالنے سے یا اس سے حرکت کروانے سے جو درد پیدا ہوتا ہے اسکے متعلق عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ درد مرض زدہ حشا میں واقع ہے۔ مگر ایسا خیال کرنا ہی غلطی ہے۔ جدارِ شکم کے عضلات کی تنش اور انکی حالت احشاء کی حالت سے انکے عصبی مراکز کے باہمی تعلقات کے ذریعہ سے جو حبل شوکی میں ہوتے ہیں متاثر ہوتی ہے۔

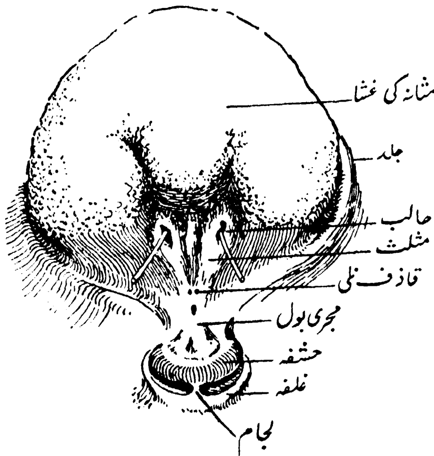
جن جن قطعات سے ہر ایک حشا تعلق رکھتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہیں (ہیڈ : Head):-

معدہ ۶ - ۷ - ۸ - ۹ ظہری۔	غدہ قدامیہ ۱۰-۱۱ ظہری۔ ۵ قطنی۔ ۱-۲-۳ عصعصی	395
معا ۹ - ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ " "	برزخ ۱۱ - ۱۲ ظہری۔ ۱ قطنی۔	
معائے مستقیم ۲ - ۳ - ۴ عصعصی۔	خصیہ اور مبیض ۱۰ ظہری۔	
جگر اور مرارہ ۷ - ۸ - ۹ - ۱۰ ظہری۔	ضمیمہ جات رحم ۱۱ - ۱۲ ظہری۔ ۱ قطنی۔	
گردہ اور حالب ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ ظہری۔ ۱ قطنی۔	رحم ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ ظہری۔ ۱ قطنی۔ ۳ - ۴ عصعصی۔	

یہ عصبی تعلق مرض میں بہت سی صورتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ چنانچہ حاد التہاب باریطون اور بعض احشاء کی دریدگی میں عضلات شکم استواری سے منقبض ہو جاتے ہیں۔ تاکہ ضرر رسیدہ حصص کو حتی الامکان مکمل آرام ملجائے۔ مزید برآں حاد التہاب باریطون میں شکم بہت سخت ہوتا ہے، عضلات استوار ہوتے ہیں اور تنفس خالصتہً صدری ہوتا ہے اور حشوی ہیجات کی بھرمار سے شوکی مراکز اسقدر بیش حساس ہو جاتے ہیں کہ مریض شکم کی دیوار یا جلد پر اکثر خفیف سے خفیف دباؤ تک بھی برداشت نہیں کر سکتا۔

شکم کی خلقی بدشکلیاں۔ نمو کے دوسرے مہینہ میں معا کا کچھ حصہ ناف میں سے جو بہت کشادہ ہوتی ہے حبل میں اُس مقام پر تظلیل کر آتا ہے جہاں یہ صرف اپنی ایک شفاف غشا ہی سے ڈھکی ہوتی ہے۔ تیسرے مہینہ میں امعاء شکم میں واپس چلے جاتے ہیں اور حبل کے اندر کا کہفہ منطمس ہو جاتا ہے اور ناف بند ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات امعاء کی واپسی کا عمل نامکمل رہ جاتا ہے۔

اور ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس سے برعکس عمل وقوع میں آتا ہے اور حبل کے طبعی مشمولات کے علاوہ اسمیں دوسرے مشمولات کا بھی اضافہ ہوجاتا ہے۔ اسی طرح خلقی فتق سُرّی (congenital exomphalos) کی مختلف قسمیں پیدا ہوجاتی ہیں جو شدت میں چھوٹے سے فتق سے لیکر ان تمام احشاء کے بروز تک اختلافات پذیر ہوتی ہیں جو زیادہ حرکت پذیر ہوتے ہیں۔ عجیب ترین بدشکلیوں میں سے ایک مثانہ کی بروں گردیدگی (extroversion of the bladder) بے جائی مثانہ: ectopia vesicæ) کے 396



شکل ۸۸۔ مثانہ کی بروں گردیدگی میں حصوں کی حالت۔

نام سے موسوم ہے۔ اس حالت میں نہ صرف دیوارِ شکم ہی کا کچھ حصہ بظاہر غائب ہوتا ہے بلکہ تناسلی بولی آلات کا کچھ حصہ بھی موجود نہیں ہوتا۔ مکمل حالتوں میں دیوارِ شکم میں ناف سے لیکر مجری بول تک نقص پایا جاتا ہے۔ ارتفاق عانہ یا تو بہت کھلا اور یا ناقص ہوتا ہے۔ اور مثانہ کی مقدم دیوار اور قضیب کا زیادہ تر حصہ اور مجری بول کی تمام چھت غائب ہوتی ہے (شکل ۸۸)۔ مثانہ اور مجری بول کا

اندرونی حصہ کھلا ہوتا ہے اور ان سے دیوار شکم کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ یہ غیر محفوظ یا مثانی رقبہ احشاء کے نزول میں بہت کم مزاحمت پیش کرتا ہے اور مریض کے بیٹھنے یا اٹھنے میں باہر کی طرف کو ابھرآتا ہے۔ مزید برآں صفن بھی جیسا کہ اسکے نمو کا حوالہ دیکھنے سے توقع کیجا سکتی ہے دوشاخہ ہوتا ہے۔

فتق

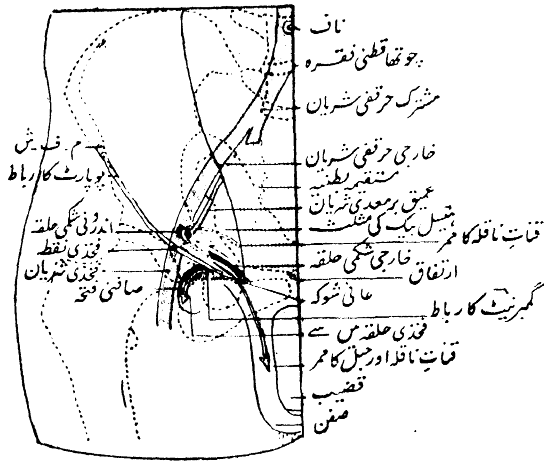
(HERNIA)

۱۔ **فتق اربی** (inguinal hernia)۔ اس قسم کے فتق میں مفتوق امعاء قنال اربی
397 کے تمام طول میں یا اسکے کچھ حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ قنال اندرونی عمیق یا شکمی حلقہ سے لیکر سطحی یا اربی حلقہ تک ترچھے رخ میں آتی ہے اور اسکا طول تقریباً ۱½ انچ ہوتا ہے۔ یہ اس راستہ کو ظاہر کرتی ہے جو خصیہ نے بن ران کی طرف اترتے ہوئے اختیار کیا تھا۔ یہ ایک طرح سے ایک گزرگاہ ہے جو دیوار شکم کے آرپار جاتی ہے اور اس میں جبل منوی (spermatic cord) ہوتی ہے۔ لیکن یہ کھلی نلی کی طرح کی منفتح قنال نہیں ہوتی بلکہ یہ ایک فضا بالقوہ ہے گویا کہ یہ بافت کا ایک خطہ ہے جو اس طرح سے مرتب ہے کہ اس میں سے وہی جسم گزر رہا ہے جو اس میں بزور داخل کردیا گیا ہے۔ یہ دیوار شکم کا ایک رخنہ ہے دروازہ نہیں اور یہ رخنہ فتق کی اکتسابی قسموں میں زور پڑنے سے کھل جاتا ہے اور عریض ہوجاتا ہے۔

جب فتق قنال اربی میں واقع ہوتا ہے تو یہ سامنے کی طرف پوششوں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق اور عضلات موربہ داخلہ کے زیریں ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف یہ ردائے مستعرضہ (transversalis fascia)، وتر متحدہ کہ اور مثلث ردا (معکوس اربی رباط) پر ٹکن ہوتا ہے۔ اسکے اوپر عضلات مستعرضہ و موربہ داخلہ ایک محراب بناتے ہیں، اور اسکے نیچے وہ زاویہ ہوتا ہے جو اربی (پوپارٹ کے) رباط اور ردائے مستعرضہ کے اتحاد سے بنتا ہے۔ مفتوق رودہ تاچہ (sac) میں پایا جاتا ہے جو ہمیشہ باریطون سے بنتا ہے۔ خلقی فتق میں یہ تاچہ پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے اور غیر طبعی طور پر منفتح "زائدہ غمدیہ" (processus vaginalis) سے بنا ہوتا ہے۔ اکتسابی فتق میں

تاچہ جداری باریطون کے اس حصہ پر مشتمل ہوتا ہے جس کو رودہ نیچے اترتے وقت اپنے آگے دھکیل کر لے آتا ہے۔

خارجی یا سطحی حلقہ حادزاویوں والی مثلث کی طرح کا ہوتا ہے اور عانی شوکہ سے ½ انچ اوپر کی اور باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ یہ صفن کو انگلی کے سرے سے منعمد کرنے اور پھر اس کو حبل کے سامنے سے اوپر کی طرف لے جانے سے بآسانی محسوس کیا جا سکتا ہے (شکل ۸۹)۔ اگر ناخن حبل کے ساتھ 398



شکل ۸۹۔ اُربی اور فخذی قنالوں کے سطحی نشانات۔

م۔ ف۔ ش = حرقفہ کا مقدم فوقانی شوکہ۔ اندرونی شکی حلقہ = عمیق یا شکی حلقہ۔ خارجی شکی حلقہ = سطحی یا اربی حلقہ۔

ملا کر رکھا جائے تو انگلی کی گدی سے مثلث درز نما فتحہ بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے۔ بالغوں میں معمولی صورت حالات میں اسمیں چھنگلی کا صرف سرا ہی جا سکتا ہے۔ **اندرونی حلقہ** بیضوی یا گول ہوتا ہے اور پوپارٹ کے رباط سے تقریباً ½ انچ اوپر اور ارتفاق عانہ اور مقدم فوقانی حرقفی شوکہ کے عین وسط میں واقع ہوتا ہے۔ یہ **فخذی نقطہ** (femoral point) کہلاتا ہے اور یہ

اندرونی حصہ کھلا ہوتا ہے اور ان سے دیوار شکم کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ یہ غیر محفوظ یا مثانی رقبہ احشاء کے نزول میں بہت کم مزاحمت پیش کرتا ہے اور مریض کے بیٹھنے یا اٹھنے میں باہر کی طرف کو ابھر آتا ہے۔ مزید برآں صفن بھی جیسا کہ اسکے نمو کا حوالہ دیکھنے سے توقع کیجا سکتی ہے دوشاخہ ہوتا ہے۔

فتق

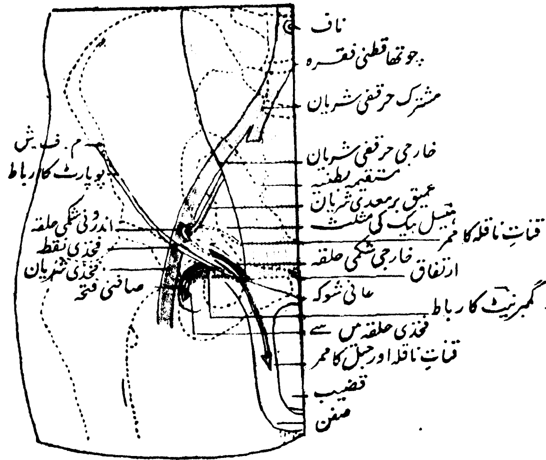
(HERNIA)

ا۔ **فتق اُربی** (inguinal hernia) ۔ اس قسم کے فتق میں مفتوق امعاء قنال اُربی
397 کے تمام طول میں یا اسکے کچھ حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ قنال اندرونی عمیق یا شکمی حلقہ ۔ سے لیکر
سطحی یا اُربی حلقہ تک ترچھے رُخ میں آتی ہے اور اسکا طول تقریباً ۱½ انچ ہوتا ہے۔ یہ اس راستہ
کو ظاہر کرتی ہے جو خصیہ نے بن ران کی طرف اترتے ہوئے اختیار کیا تھا۔ یہ ایک طرح سے ایک گزرگاہ
ہے جو دیوار شکم کے آرپار جاتی ہے اور اس میں جبل منوی (spermatic cord) ہوتی ہے۔
لیکن یہ کھلی نلی کی طرح کی منفسخ قنال نہیں ہوتی بلکہ یہ ایک فضا بالقوہ ہے گویا کہ یہ بافت کا
ایک خطہ ہے جو اس طرح سے مرتب ہے کہ اس میں سے وہی جسم گزر رہا ہے جو اس میں بزور داخل
کردیا گیا ہے۔ یہ دیوار شکم کا ایک رخنہ ہے دروازہ نہیں اور یہ رخنہ فتق کی اکتسابی قسموں میں
زور پڑنے سے کھل جاتا ہے اور عریض ہوجاتا ہے۔

جب فتق قنال اُربی میں واقع ہوتا ہے تو یہ سامنے کی طرف پوششوں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق اور عضلات موربہ داخلہ کے زیریں ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف یہ ردائے مستعرضہ (transversalis fascia) وتر متحدہ کہ اور مثلث ردا (معکوس اُربی رباط) پر مکین ہوتا ہے۔ اسکے اوپر عضلات مستعرضہ و موربہ داخلہ ایک محراب بناتے ہیں اور اسکے نیچے وہ زاویہ ہوتا ہے جو اُربی (پوپارٹ کے) رباط اور ردائے مستعرضہ کے اتحاد سے بنتا ہے۔ مفتوق رودہ تاچہ (sac) میں پایا جاتا ہے جو ہمیشہ باریطون سے بنتا ہے۔ خلقی فتق میں یہ تاچہ پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے اور غیر طبعی طور پر منفسخ "زائدہ غمدیہ" (processus vaginalis) سے بنا ہوتا ہے۔ اکتسابی فتق میں

تاچہ جداری باریطون کے اس حصہ پر مشتمل ہوتا ہے جس کو رودہ نیچے اترتے وقت اپنے آگے دھکیل کر لے آتا ہے۔

خارجی یا سطحی حلقہ حادزاویوں والی مثلث کی طرح کا ہوتا ہے اور عانی شوکہ سے ½ انچ اوپر کی اور باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ یہ صفن کو انگلی کے سرے سے منغمد کرنے اور پھر اس کو حبل کے سامنے سے اوپر کی طرف لے جانے سے بآسانی محسوس کیا جاسکتا ہے (شکل ۸۹)۔ اگر ناخن حبل کے ساتھ 398



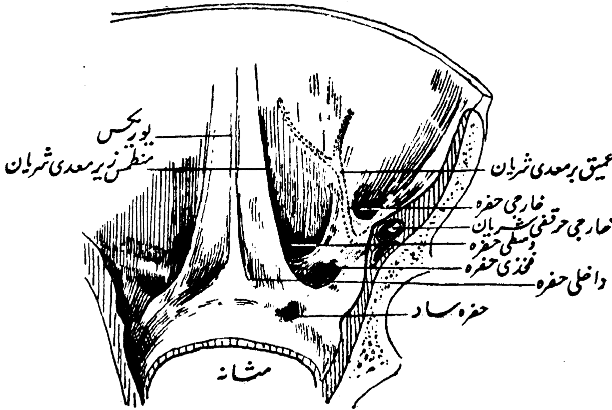
شکل ۸۹۔ اربی اور فخذی قنالوں کے سطحی نشانات۔

م۔ف۔ش = حرقفہ کا مقدم فوقانی شوکہ۔ اندرونی شکلی حلقہ = عمیق یا شکلی حلقہ۔ خارجی شکلی حلقہ = سطحی یا اربی حلقہ۔

ملاکر رکھا جائے تو انگلی کی گدی سے مثلث درز نما فتحہ بآسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بالغوں میں معمولی صورت حالات میں اسمیں چھنگلی کا صرف سرا ہی جاسکتا ہے۔ **اندرونی حلقہ** بیضوی یا گول ہوتا ہے اور پوپارٹ کے رباط سے تقریباً ½ انچ اوپر اور ارتفاق عانہ اور مقدم فوقانی حرقفی شوکہ کے عین وسط میں واقع ہوتا ہے۔ یہ **فخذی نقطہ** (femoral point) کہلاتا ہے اور یہ

اس مقام کے عین اوپر واقع ہوتا ہے جہاں فخذی شریان پوپارٹ کے رباط کے نیچے سے شکم سے باہر نکلتی ہے (شکل ۸۹)۔

اُربی فتق کی دو بڑی قسمیں ہیں جو جدارِ شکم کا اندر کی طرف سے مطالعہ کرنے سے نہایت اچھی طرح سمجھ میں آسکتی ہیں (شکل ۹۰)۔ اس طرف سے یہ دکھائی دیگا کہ باریطون پر تین خط نما جیود کے نشان پائے
جاتے ہیں۔ جو (اگر سرسری طور پر کہا جائے) ناف سے لیکر حوضی گگر تک جاتے ہیں۔ ان جیود میں سے ایک ناف 399
سے لیکر ارتفاق تک جاتا ہے اور خط وسطی کی متابعت کرتا ہے، یہ یوریکس (urachus) کا



شکل ۹۰۔ محلات فتق جیسا کہ یہ دیوارِ شکم کی اندرونی (باریطونی) جانب سے دکھائی دیتے ہیں۔ (مرکل : Merkel کے مطابق)

قائم مقام ہے۔ دوسرا جید جو فخذی نقطہ سے لیکر ناف تک ایک خط کھینچنے سے ظاہر کیا جا سکتا ہے تحتانی یا عمیق برمعدی شریان (deep epigastric artery) کا قائم مقام ہے۔ اور ان دونوں کے درمیان اور خط وسطی کی نسبت برمعدی عرق سے بہت زیادہ نزدیک ایک خط موجود ہے جو منطمس زیر معدی شریان سے بنا ہے (شکل ۹۰)۔ ان جیود کی وجہ سے باریطون پر تین حفرے ظاہر

ہوتے ہیں۔ایک خارجی جو برمعدی شریان کے باہر کیطرف ہوتا ہے، ایک اندرونی جو یوریکس (urachus) اور زیر معدی شریان کے درمیان ہوتا ہے اور ایک وسطی جو موخرالذکر شریان کے راستہ اور برمعدی نتنہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔شکمی حلقہ برمعدی شریان کے عین باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور اسکا محل باریطون میں ایک نشیب کے موجود ہونے سے ظاہر ہوتا ہے (شکل ۹۰)۔جب کوئی فتق اربی قنال کے تمام طول میں سے گذرجاتا ہے تو یہ موربہ (oblique) یا **بالواسطہ** (in direct) کہلاتا ہے۔اس قسم کے فتق کے غلاف وہی ہونگے جو جبل کے ہوتے ہیں۔یعنی جلد، ردا کی سطحی اور خارجی منوی (میان ستونی جو عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق کے ریشوں سے مشتق ہوتی ہے) اور معلاقی 400
(عضلہ موربہ داخلہ کی تہ سے) اور اندرونی منوی (قمع نما جو مستعرضہ کی ردا سے حاصل ہوتی ہے) تہیں، زیر باریطونی بافت اور باریطون۔

جب فتق تحتانی برمعدی (inferior epigastric) شریان کی وسطانی جانب سے اس فضا میں سے نکلتا ہے جو مستقیمی برمعدی (recto-epigastric) (ہیسل بیک کی: Hesselbach's) مثلث کے نام سے موسوم ہے تو اسے **فتق بلاواسطہ** (direct) کہتے ہیں۔بلا واسطہ فتق کی دو شکلیں ہوسکتی ہیں۔ایک میں رودہ مذکورہ بالا وسطی حفرہ میں سے نکل کر آتا ہے۔اور دوسری میں اندرونی حفرہ میں سے زیر معدی (hypogastric) شریان اور عضلہ مستقیمہ کی بیرونی کور کے درمیان سے باہر آتا ہے۔وسطی حفرہ اربی یا خارجی حلقہ کے راسی یا بیرونی حصہ کے تقریباً بالمقابل ہوتا ہے۔اس حفرہ میں سے جو فتق نمودار ہوگا وہ قنال اربی میں ترچھے فتق کے داخل ہونے کے مقام سے ذرا نیچے داخل ہوگا۔اور اسکے غلاف وہی ہونگے جو اس فتق کے ہوتے ہیں۔اندرونی حفرہ اربی حلقہ کے اندرونی حصہ کا متناظر یا اسکے بالمقابل ہوتا ہے۔اس حفرہ میں سے جو فتق ظاہر ہوتا ہے اس کو متحد وترا اور معکوس اربی رباط مزاحم آتے ہیں۔یہ ساختیں یا تو فتق پر سطح تن جاتی ہیں کہ اسکا ایک غلاف بنجاتی ہیں یا مشترک وترفتق سے منشقب ہوجاتا ہے یا فتق اسے ایک طرف کو دھکیل دیتا ہے۔بہرکیف فتق اربی حلقہ میں تقریباً بلا واسطہ گھس آتا ہے۔

بلاواسطہ اربی فتق کا مقابلہ بالواسطہ اربی فتق سے۔موربہ فتق جو شکمی حلقہ میں داخل ہوجاتا ہے بعض اوقات زائدہ غمدیہ (processus vaginalis) کے

کسی بقیہ حصہ میں واقع ہوتا ہے اور اس لئے اپنی پیدائش کے لحاظ سے نموی ہوتا ہے مگر بلا واسطہ فتق کبھی خلقی نہیں ہوتا۔ خلقی مورب فتق میں اُربی قنال کے خاکہ اور متعلقہ مختلف حصص کے علاقہ جات میں بہت کم خلل واقع ہوتا ہے اور اس قسم کے اور بلا واسطہ قسم کے فتق میں جو اختلافات ہیں وہ ظاہر ہیں مگر اکتسابی مورب فتق میں بلا واسطہ قسم کے مقابلہ میں اتنا اختلاف نہیں پایا جاتا جتنے کی کہ امید کیجا سکتی ہے۔ قبل الذکر فتق میں حصص کے باہر کی طرف متواتر کھچنے کی وجہ سے شکمی حلقہ اُربی حلقہ کے کم و بیش نزدیک آجاتا ہے اور قنال کے طول اور اسلئے فتق کے ترچھے پن میں بھی معتد بہ کمی واقع ہوجاتی ہے۔ 401
چنانچہ ان دونوں اقسام کے فتوق کے محوروں میں ایسے اختلافات نہیں پائے جاتے کہ ان سے ان فتوق کی نوعیت فوراً ظاہر ہوجائے لیکن بلا واسطہ فتق ترجیع پر پیچھے جاکر سیدھا پیٹ کے اندر چلا جائے گا اور بالواسطہ پرانے مریضوں میں بھی خفیف سا مگر محسوس بیرونی رخ اختیار کریگا۔ بلاواسطہ فتق کی ترجیع کے بعد عضلہ مستقیمہ کی کور روزن کی اندرونی جانب پر بآسانی محسوس کیجا سکتی ہے۔ اندرونی فتقی دہنہ کے لحاظ سے عمیق برمعدی (deep epigastric) شریان کا محل وقوع اس امر کا فیصلہ کرنے کے لئے کہ آیا فتق بلا واسطہ ہے یا بالواسطہ ایک صحیح ترین معیار ہے۔

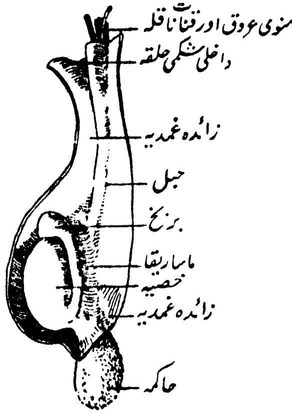
مورب فتق کے اقسام جن کا انحصار "زائدہ غمدیہ" کے خلقی نقائص

پر ہوتا ہے۔ نزول خصیہ۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ جنین میں خصیہ گردہ کے خطہ سے دیوار شکم کے ایک راستہ سے صفن میں آتا ہے اور یہ راستہ بعد میں اُربی قنال کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔

اس نزول سے پیشتر بار یطون کا ایک زائدہ جو زائدہ غمدیہ کے نام سے موسوم ہے صفن میں چلا جاتا ہے۔ خصیہ عام طور پر جنینی زندگی کے ساتویں مہینہ میں شکمی حلقہ میں داخل ہوتا ہے اور آٹھویں مہینہ میں صفن میں پہنچ جاتا ہے۔ نزول کے اس عمل کے سمجھنے میں جس کی تحقیق جان ہنٹر (John Hunter) نے تقریباً ۱۵۰ سال پیشتر کی تھی اکثر غلطی ہوتی ہے۔ حاکمہ (gubernaculum) (شکل ۹) نامی بافت کی ٹھوس اور بندوق کی گولی کی طرح کی ایک ڈاٹ ہوتی ہے جو خالص عمل نمو کے ذریعہ سے دیوار شکم میں سے گھس کر صفن میں چلی جاتی ہے اور اپنے ساتھ باریطون کا ایک کیسہ یا انبیبی زائدہ زائدہ غمدیہ لیجاتی ہے جسمیں خصیہ اور بربخ (epididymis)

بند ہوتے ہیں۔ حالکہ کا زیرین یا نامی سراسریع التکاثر خلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ اسکا اوپر کا حصہ جو گلوب صغیر (globus minor) اور صفن کی ماساریقا سے چسپیدہ ہوتا ہے غیر مخطط عضلی بافت
402 سے بنا ہوتا ہے۔ یہ قرین قیاس ہے کہ حالکہ کا نامی سرا غیر طبعی حالتوں میں اپنے راستہ سے بھٹک سکتا ہے اور خصیہ کو قضیب کی جڑ کی طرف یا باہر کیطرف بن ران میں یا پیچھے کی طرف عجان میں لے جا سکتا ہے جس سے اسکا محل خارج المرکز اور خارج الصفن ہو جاتا ہے۔ ہنٹر (Hunter) کی رائے جسکی تائید ان ثبوتوں سے ہوتی ہے جو اب جمع کئے گئے ہیں یہ تھی کہ عمل نزول کی تنظیم خصیہ کے کامل نمو سے اور شائد اسکے اندرونی افراز سے ہوتی ہے۔ لہذا اگر خصیہ غیر مکمل ہو تو نزول بند ہو جاتا ہے اور خصیہ یا تو شکم ہی میں رہ جاتا ہے یا اربی قنال میں ٹھہر جاتا ہے۔

زائدہ غمدیہ اکثر پیدائش پر کھلا پایا جاتا ہے۔ تین چار ماہ کے بچوں میں بھی یہ ربط ۳۰ تا ۴۰ فیصدی واقعات میں کھلا رہتا ہے۔ زائدیہ غمدیہ کا وہ حصہ جو خصیہ کو محصور کئے ہوتا ہے طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) بنجاتا ہے اور جو متطول انبوبی حصہ اسکے اور شکمی حلقہ کے درمیان ہوتا ہے وہ رسنکی زائدہ (process funicularis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ جس طریقہ سے زائدہ غمدیہ علٰحدہ ہو جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے:۔ یہ دو مقامات پر منطمس ہو جاتا ہے، عمیق یا شکمی حلقہ پر اور برزخ کے عین اوپر ایک مقام پر۔ یہ انطماس پہلے پہل بالعموم بلند تر



شکل ۹۱۔ زائدہ غمدیہ۔ حالکہ۔ اور عرق ثنیہ کے تعلقات انسانی جنین کے خصیہ کے ساتھ۔

403 مقام پر شروع ہوتا ہے۔ اگر یہ فرض کر لیا جائے کہ انطماس ان دونوں مقامات پر واقع ہو چکا ہے تو انکے درمیان کے زائدہ غمدیہ کی قائم مقام ایک منفرد نلی ہوگی۔ یہ نلی جلد ہی سکڑ جاتی ہے اور سکڑتے سکڑتے ایک حبل کی شکل اختیار کر لیتی ہے جسکی کچھ اہمیت نہیں ہوتی۔ لیکن بعض اوقات

اسکا کچھ حصہ منفسح بھی رہ جاتا ہے اور اگر اس منفسح حصہ میں سیال جمع ہو جائے تو "حبل کا کیسہ بند قیلہ مائیہ" (encysted hydrocele of the cord) پیدا ہو جاتا ہے۔ جہانتک اسکے بند ہونے کے طریقہ کا تعلق ہے تین واقعات کے ظہور پذیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور ہر ایک سے ایک خاص قسم کا فتق پیدا ہوتا ہے۔ (۱) ممکن ہے کہ "زائدہ" بالکل بند ہی نہ ہو (۲) اور ممکن ہے کہ وہ اوپر کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو (۳) یا صرف نیچے کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو۔

۱۔ جب تمام کا تمام زائدہ غمدیہ کھلا ہو تو رودہ شکمی نظام عضلی کے ضغط سے صفن میں گھس سکتا ہے۔ اس قسم کی حالت خلقی فتق (congenital hernia) کے نام سے موسوم ہے۔ یہاں پر معا بار یطون کے ایک بڑے سے تاچہ میں پائی جاتی ہے جسکا کھلا دہنہ شکمی حلقہ پر واقع ہوتا ہے۔ خلقی کی اصطلاح مغالطہ انگیز ہے کیونکہ یہ فتق شاذ و نادر ہی بوقت پیدائش موجود ہوتا ہے۔ اگرچہ زندگی کے ابتدائی حصہ میں یہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔

۲۔ جب یہ زائدہ صرف شکمی حلقہ پر بند ہوتا ہے تو طبقہ غمدیہ جو حد سے زیادہ بڑا ہوتا ہے اس دہنہ تک پھیلا ہوا پایا جاتا ہے۔ اگر فتق بنجائے تو یہ بعض اوقات زائدہ غمدیہ کو منغمد کر دیتا ہے اور یہ فتق صبیانی (infantile) یا کیسہ بند (encysted) فتق کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی حالت میں طبقہ غمدیہ تاچہ کے سامنے واقع ہوتا ہے اور اسلئے رودہ تک پہنچنے سے پیشتر باریطون کی تین تہوں کو کاٹنا پڑتا ہے۔ "صبیانی" کی اصطلاح اس فتق کے لئے اسلئے مستعمل ہوتی تھی کہ جن واقعات کے متعلق پہلے اطلاع دیگئی تھی وہ شیر خوار بچوں میں پائے گئے تھے۔ "کیسہ بند" (encysted) کی اصطلاح کا استعمال اسلئے کیا گیا تھا کہ فتقی تاچہ طبقہ غمدیہ میں بند سمجھا جاتا تھا۔

۳۔ رسنی زائدہ (funicular process) بعض اوقات شکمی حلقہ سے لیکر خصیہ کی چوٹی تک کھلا رہتا ہے اور وہاں ختم ہو جاتا ہے اور طبعی طبقہ غمدیہ اس سے اور آگے بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر اس زائدہ میں فتق ہو تو یہ رسنی زائدہ کے اندر کا فتق (hernia into the funicular process) کہلاتا ہے۔

404 اگر مردہ موضوع میں قنال اربی کھولدیجائے اور رودہ کے ایک حصہ کو شکم میں سے صفن میں کھینچنے کی کوشش کیجائے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ ماساریقا کے چھوٹے ہونے کی وجہ سے ایسا نہیں کیا جا سکتا۔ لہذا ہر ایک صفنی فتق کے لئے یہ ضروری ہے کہ ماساریقا لمبی ہو جائے اور

ہمارے پاس جو ثبوت موجود ہیں وہ اس امر پر دلالت کرتے ہیں کہ فتق کے بننے پر یہ تطول مکتسب ہوجاتا ہے۔

فتق کی پیدائش کے سلسلہ میں ایک اور امر پر بھی بحث کرنا ضروری ہے اور وہ شکم کے اندر کا تناؤ یا دباؤ ہے۔جب مزدور زمین پر سے بھاری وزن اٹھاتا ہے تو شکم کا عضلی نظام زور سے اپنا فعل کرتا ہے جس سے احشاء مضغوط ہوجاتے ہیں اور شکم کے اندر کا دباؤ پارہ کے ۱۰۰ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے یا اس سے زیادہ بھی ہوجاتا ہے۔جب بچہ روتا یا کھانستا یا رفع حاجت کے وقت کانکھتا ہے تو درون شکمی دباؤ دفعتہ بڑھ جاتا ہے۔مضغوط احشاء دیوار شکم کے کمزور ترین مقامات کی تلاش کرتے ہیں جو شکمی حلقہ اور دوسرے حلقہ جات کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے متحد حصے احشاء کو شکمی حلقہ میں سے باہر نکلنے سے باز رکھتے ہیں۔مسٹر جارج چین (Mr. George Chiene) نے اس امر کا مشاہدہ کیا ہے کہ جب کسی مریض کو کانکھنے کے لئے کہا جاتا ہے تو یہ عضلہ زور سے منقبض ہوتا ہے اور اربی قنال کے اندر داخل کی ہوئی انگلی متحدہ وتر اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے درمیان پکڑی جاتی ہے۔جن مردوں کو بھاری بوجھ اٹھانا پڑتا ہے ان میں فتوق بحد کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

عورتوں میں اربی قنال زیادہ چھوٹی اور زیادہ تنگ ہوتی ہے گو مردوں کی نسبت یہ ذرا لمبی ہوتی ہے۔اس میں رباط مستدیر موجود ہوتا ہے اور یہ اسقدر مزاحمت پیش کرتی ہے کہ اکتسابی اربی فتق عورتوں میں اتنا ہی نادرالوقوع ہے جتنا کہ یہ مردوں میں کثیرالوقوع ہے۔مؤنث جنین میں باریطون کا ایک زائدہ رباط مستدیر کے ساتھ تھوڑی دور تک نیچے اتر آتا ہے۔یہ مردوں کے زائدہ غمدیہ کا متناظر ہوتا ہے اور قنال نک (canal of Nuck) کہلاتا ہے۔اگر یہ زائدہ منفتح رہے جیسا کہ اکثر رہ جاتا ہے تو اس سے ایک فتق پیدا ہوجاتا ہے جو مردوں کے فتق خلقی کا متناظر ہوتا ہے۔زندگی کے کافی ابتدائی حصہ میں فتق کی تقریباً اربی قسم ہی لڑکیوں میں پائی جاتی ہے بشرطیکہ فتق سُرّی کو مستثنیٰ قرار دے دیا جائے۔بعض بھی فتقی تاچہ کے مشمولات میں اکثر پایا جاتا ہے۔کیونکہ نوزائیدہ بچہ میں بیض حوضی گڑ کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے اور اندرونی شکمی حلقہ کے نسبتہً قریب ہوتا ہے۔ابتدائی اربی فتق کی ایسی تمام مثالوں میں رودہ منفتح زائدہ غمدیہ

405

ہیں سے اثرا ہوتا ہے۔

صرف یہ کہنا باقی رہ گیا ہے کہ اُربی فتق کی غمز (taxis) سے ترجیع کرتے وقت ران کو خمیدہ اور مقرب ہونا چاہئے۔ کیونکہ شکم کی جن دیواروں سے اُربی قنال کے حدود بنے ہوتے ہیں وہ اس وضع میں نہایت ڈھیلی ہوجاتی ہیں۔ ران کی یہ وضع اربی خطہ پر زیادہ تر ان چسپیدگیوں کے ذریعہ سے اثر انداز ہوتی ہے جو ردائے عریض (fascia lata) اور اُربی (پوپارٹ کے) رباط کے درمیان پائی جاتی ہیں۔

اُربی فتق کے کلی علاج کے لئے تاچہ کو ضرور دور کردینا چاہئے اور دیوار شکم میں جو رخنہ ہو اسکی مرمت کردینا چاہئے۔ پہلا مرحلہ زیادہ ضروری ہے اور بچوں میں اکثر صرف یہی مطلوب ہوتا ہے۔ معمولی عملیہ میں پوپارٹ کے رباط کے اندرونی نصف کے متوازی اور اسکے ½ انچ اوپر ایک شگاف دیا جاتا ہے۔ سطحی برمعدی اور سطحی خارجی حیائی (pudic) عروق کاٹ کر باندھ دئے جاتے ہیں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق میں خارجی حلقہ میں سے شگاف دے دیا جاتا ہے۔ اسکے بعد حبل کو اٹھالیا جاتا ہے، اور اسکے غلافوں میں شگاف دے کر رمادی کوروں والا تاچہ شناخت کرلیا جاتا ہے۔ اور اس پر سے تمام غلافات اور حبل کے دوسرے اجزا گاز کے ذریعہ سے تقطیع کرکے مکمل طور پر اتار لئے جاتے ہیں۔ اسکے بعد اسے کھولکر مشمولات سے خالی کردیا جاتا ہے اور اندرونی شکمی حلقہ پر باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر وتر متحدہ کو حبل کے پیچھے پوپارٹ کے رباط سے ٹانک دیا جاتا ہے اور اسکے سامنے عضلہ موربہ خارجہ کے شگاف کی مرمت کردیجاتی ہے۔ متحدہ وتر کو رباط مذکور سے ٹانکتے وقت خمدار سوئی کا اوپر سے نیچے کی طرف کو استعمال کرنا چاہئے تاکہ فخذی عروق کے قریب آکر اسکی نوک ان سے دور رکھی جاسکے۔ مزید برآں ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا گیا ہے جنہیں عمیق برمعدی (deep epigastric) شریان سہواً دوخت میں شامل کرلی گئی ہے۔

406 اور پھرتے ہوتے وقت قوی عضلی فعل سے کھچ کر خارجی حرقفی (external iliac) سے ٹوٹ کر علٰحدہ ہوگئی ہے۔ اس نادر الوقوع حادثہ سے بچنے کے لئے صرف اس امر کا ہی یقین کرنا ضروری ہے کہ وتر متحدہ موخرتہ کی سب سے باہر کی دوخت کی گرفت میں اچھی طرح سے آگیا ہے، اور وہ اسکو بالکل منثقب تو نہیں کرتی۔

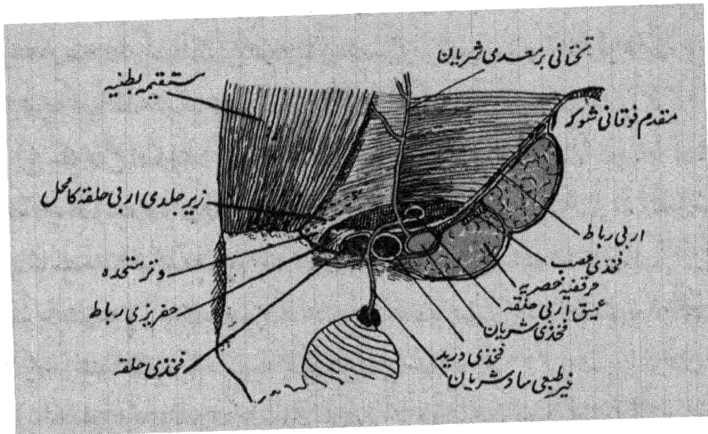
اگر اندرونی دہنہ پر یا اسکے نزدیک کسی مضیق بند کا کاٹنا ضروری ہو تو بلاواسطہ یا بالواسطہ فتق میں عمیق برمعدی شریان کے متوازی اوپر کی اور اندر کی سمت میں بغیر کسی خطرہ کے شگاف دیا جا سکتا ہے۔

فخذی فتق (femoral hernia) ۔اس قسم کے فتق میں رودہ شکم میں سے فخذی حلقہ میں سے نکل آتا ہے (شکل ۹۲) اور فخذی قنال میں سے گذر کر ران میں چلا جاتا ہے۔ فخذی حلقہ اور قنال اس تنگ وقفہ کا نام ہے جو فخذی ورید اور فخذی غلاف کی اندرونی دیوار کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اُربی قنال کی طرح یہ بھی ایک حقیقی قنال ہونے کی بجائے قنال بالقوہ ہے۔ فخذی قنال قیف نما اور ½ انچ لمبی ہوتی ہے اور صافنی فتحہ (saphenous opening) (بیضوی حفرہ :fossa ovalais) کے بالمقابل ختم ہو جاتی ہے۔ اگر اُربی رباط پر عانی شوکہ اور فخذی نقطہ کے عین وسط پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ عین فخذی حلقہ کے اوپر واقع ہو گا۔ صافنی فتحہ کا مرکز اس نقطہ سے ½۱ انچ نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔ فخذی فتوق ہمیشہ اکتسابی ہوتے ہیں اور انکا ایک تاچہ ہوتا ہے جو اس جداری باریطون سے مشتق ہوتا ہے جو فخذی حلقہ اور اسکے قرب و جوار پر پایا جاتا ہے۔ یہ حلقہ عورتوں میں مردوں کی نسبت بہت بڑا ہوتا ہے، اسلئے فخذی فتق قبل الذکر میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ چونکہ رودہ (کھانسنے یا بھاری وزن اٹھانے یا کانکھنے سے) بار بار ایک ایسے حلقہ پر دبتا رہتا ہے جو غیر طبعی طور پر کشادہ ہے، اس لئے یہ باریطون اور ساقی فاصل (septum crurale) (یہ نام اس زیر باریطونی بافت کو دیا گیا ہے جو فخذی حلقہ کو پوشیدہ کئے ہوتی ہے) کو اپنے آگے دھکیل کر ایک تاچہ بنا لیتا ہے اور فخذی غلاف میں داخل ہو جاتا ہے جب یہ تقریباً ½ انچ اتر آتا ہے تو اس غلاف کے انضمامات اسکو اور نیچے کی طرف بڑھنے سے روک دیتے ہیں۔ اسلئے یہ صافنی فتحہ میں سے نکل کر آگے کی طرف کو چل دیتا ہے اور ردائے غربالی کو جو اس فتحہ کے اوپر ہوتی ہے آگے دھکیل دیتا ہے۔ اسکے بعد یہ ایک غلاف سطحی ردا اور جلد سے بھی حاصل کرتا ہے۔ چونکہ فخذی حلقہ کے اردگرد کی ساختیں استوار ہوتی ہیں اسلئے تاچہ کی گردن کا ہمیشہ چھوٹا ہونا ضروری ہے۔ ایسے ہی وجوہ کی بنا پر فخذی قنال میں اسکے ابعاد لازمی طور پر بہت ہی کم ہوتے ہیں مگر جب یہ ایک دفعہ صافنی فتحہ (saphenous opening) میں سے نکل جاتا ہے تو کنج ران کی ڈھیلی ڈھالی زیر جلدی بافت اسکو بڑھنے کا کافی موقع دیتی ہے۔ جب فتق صافنی فتحہ میں سے نکل چکتا ہے تو اس کا میلان

407

اوپر کی طرف کو اُربی رباط پر سے مقدم فوقانی حرقفی شوکہ کی سمت میں بڑھنے کی طرف ہوتا ہے اور جب یہ ایک معتد بہ حد تک اس رباط پر متراکب بھی ہو جاتا ہے تو اسے غلطی سے بھی اُربی رباط بمشکل ہی خیال کیا جاسکتا ہے کیونکہ اسکا عانی شوکہ کے باہر کی طرف اور پوپارٹ کے رباط کے نیچے ہمیشہ واقع ہونا لازمی ہے۔ فتق تا چہ اُربی ردا کی عمیق تہوں (ردائے سکارپا: Scarpa's fascia) سے اوپر ہوتا ہے۔

تعلقات ۔جب فتق فخذی قنال میں پایا جاتا ہے تو اسکے سامنے جلد، سطحی ردا،



شکل ۹۲ ۔ حرقفی حلقہ اور اس کے تعلقات جیسا کہ عمقی یا باریطونی جانب میں سے دکھائی دیتے ہیں ۔

408 ردائے عریض (fascia lata) کا حرقفی حصہ، ردائے غربالی (fascia cribrosa) اور فخذی غلاف کی مقدم دیوار ہوتی ہے اور اسکے پیچھے فخذی غلاف کی موخر دیوار اور ردائے عریض (fascia lata) کا عانی حصہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور ہڈی ہوتی ہے ۔حرقفی حلقہ کے حدود یہ ہیں ۔سامنے کی طرف اُربی رباط اور فخذی غلاف ۔پیچھے کی طرف ردائے عریض اور عضلہ مشطیہ سے ڈھکی ہوئی ہڈی ۔ اندر کی طرف وتر متحدہ، گمبرنیٹ (Gimbernat) کا رباط اور عمقی

ساقی محراب کا اندرونی حصہ باہر کی طرف فخذی ورید جو غلاف کے اندر ہوتی ہے (شکل ۹۲) حبل منوی (مردوں میں) فخذی حلقہ کے عین اوپر واقع ہوتی ہے اور عمیق برمعدی (deep epigastric) شریان اسکی اوپر کی اور باہر کی حد پر سے گذرتی ہے۔ سات میں سے دو واقعات میں شریان ساد (obturator artery) عمیق برمعدی شریان میں سے نکلتی ہے۔ ۱۰ فیصدی واقعات میں اس قسم کی غیر طبعی شریان ساد حرقفی حلقہ کی اندر کی طرف سے گذرتی ہے اور تخنیق کے لئے جو عملیات کئے جاتے ہیں انمیں اسکے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے (شکل ۹۲)۔ بقیہ واقعات میں یہ شریان نیچے کی طرف کو آتی ہوئی اس حلقہ کے باہر کی طرف پہنچ جاتی ہے اور بعض اوقات اسکو عبور بھی کرتی ہے (آر۔ کوئین :R.Quain)۔ اس حلقہ کے قریب جو عروق پائے جاتے ہیں انکے علاوہ ایک عانی ورید بھی ہوتی ہے جو ورید ساد میں سے جو درقی سوراخ میں ہوتی ہے نکل کر اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور خارجی حرقفی (external iliac) ورید میں داخل ہوجاتی ہے۔

فخذی قنال کی جسامت اور اسکے دہنہ پر کے تناؤ کا درجہ جارحہ کی وضع کے ساتھ ساتھ بہت بدلتا رہتا ہے۔ اگر ران بسط کردگی اور تبعید کی حالت میں ہو اور باہر کی طرف گردش کئے ہو تو یہ چیزیں بہت تنیدہ ہوتے ہیں اور جب جارحہ خم کردگی اور تقریب کی حالت میں ہو اور اندر کی طرف گردش کئے ہوئے ہو تو یہ نہایت ڈھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا جب غمز (taxis) کے لئے کوشش کی جارہی ہو تو ران کو موخرالذکر وضع ہی میں رکھنا چاہیئے۔

فخذی فتق کے لئے جو عملیہ کیا جاتا ہے اسمیں فتق تک پہنچنے کا بہترین راستہ میری (سی۔ سی۔ چوائس کی) رائے میں مندرجہ ذیل وجوہ کی بنا پر اربی خط میں سے ہے:۔ (۱) تاجہ اربی رباط کے اوپر اور نیچے معرا کیا جاتا ہے۔ (۲) قنال کا سب سے اوپر کا حصہ آسانی سے بند کیا جاسکتا
409 ہے۔ (۳) حفریزی رباط (lacunar ligament) بخوبی دکھائی دیتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے بخوبی دیکھ کر کاٹا جاسکتا ہے۔ (۴) اگر غیر طبعی شریان ساد موجود ہو تو وہ دکھائی دیتی ہے اور حفریزی رباط کو کاٹتے وقت اسکی حفاظت کیجاسکتی ہے۔ (۵) اور اگر کسی قسم کا اربی فتق بھی موجود ہو تو وہ دریافت کیا جاسکتا ہے اور اسکا تدارک بھی کیا جاسکتا ہے۔

اربی قنال کے اوپر ایک شگاف دیا جاتا ہے اور عضلہ موربہ خارجہ کا صفاق خارجی شکمی حلقہ سے لیکر باہر کی طرف کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ موربہ داخلہ اور وتر متحدہ اور حبل منوی کی بازکشی

اوپر کی طرف کو کر دیجاتی ہے اور حفر یزی رباط (lacunar ligament) معرا کر لیا جاتا ہے۔ اس رباط سے عین باہر کی طرف کو ردائے مستعرضہ (جو نیچے کی طرف فخذی غلاف کی مقدم تہ کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے) تقریباً ½ انچ تک مستعرضاً کاٹ دیجاتی ہے۔ اور شگاف فخذی ورید تک پہنچنے سے پہلے ہی ختم ہو جاتا ہے۔ اب تاچہ کی گردن نظر آسکتی ہے اور تھوڑی سی کند تقطیع سے منفرد کی جاسکتی ہے۔ اس کے بعد اربی جلدی شگاف کو باز کشوں کے ذریعہ سے پوپارٹ کے رباط کے نیچے تک کھینچ لیا جاتا ہے۔ سطحی ردا کو کاٹ دیا جاتا ہے اور تاچہ کے قعر کو جو عام طور پر اس منضم اور موٹی چربی سے ڈھکا ہوتا ہے جو ساقی فاصل اور بیرونی شحمی تہ سے مشتق ہوتی ہے معرا کر لیا جاتا ہے۔ اسکے بعد تاچہ کی تقطیع ساقی قنال تک بہت اچھی طرح سے کر لیجاتی ہے۔ اکثر واقعات میں اربی رباط کے اوپر اور نیچے ذراسی دست ورزی کرنے سے تاچہ کو اس سے اوپر لیجایا سکتا ہے۔ اسکے بعد اسکو کھول لیا جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے خالی کر لیا جاتا ہے اور باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ اگر فتق کا منہ چوڑا ہو تو بندھی ہوئی گردن کو اس جگہ سے ہٹایا جاسکتا ہے اور کسی ایسی جگہ کے ساتھ ٹانکے لگا کر سیا جاسکتا ہے جہاں عضلی دیوار مضبوط ہو لیکن یہ عام طور پر غیر ضروری ہوتا ہے۔ اسکے بعد بالائی فخذی فتحہ لوتھی سن (Lotheisen) کے عملیہ کے ایک مرممہ طریقہ سے بند کیا جاسکتا ہے۔ اربی رباط، وتر متحدہ اور عانہ کی سطح کے اوپر کی تمام بافتوں میں سے دو خیتیں گذار دیجاتی ہے۔ اسطرح حرقفی مشطی گردخطی رباط (ilio-pectineal periosteal ligament) (کوپر کا رباط: Cooper's ligament) اور شائد عضلہ مشطیہ (pectineus) کے کچھ ریشے گرفت میں آجاتے ہیں۔ جب ان دوختوں کو باندھا جاتا ہے تو فتقی سوراخ اچھی طرح سے بند ہو جاتا ہے۔ ان دوختوں کو گذارتے وقت جراح کو اپنی بائیں انگشت 410
اشاریہ فخذی ورید پر رکھنا چاہیئے تاکہ یہ اسوقت ضرر سے اور آئندہ تضیق سے محفوظ رکھے۔ بہت عریض دہنہ جات کو اربی رباط کو مشطیہ (pectineus) کے اوپر کی ردا (ردائے عریض کے عانی حصہ) کے ساتھ ران میں ٹانکے لگا کر جوڑنے سے اور بھی زیادہ مستحکم طور پر بند کیا جاسکتا ہے۔ اگر تاچہ ساقی قنال میں سے مشمولات کے خواص یا انکی جسامت کی وجہ سے نہ گذارا جاسکے تو اسے ران میں کھولا جاسکتا ہے اور دوسرے مشمولات کی ترجیع کرنے کے لئے ترب کی ایک کافی مقدار کاٹ دیجاتی ہے۔ اگر مشمولات مختنق ہو گئے ہوں تو انکو عام طور پر حفر یزی رباط (lacunar ligament) کو چاقو سے اوپر کی اور اندر کی طرف دبا کر کاٹ دینے سے آزاد کر دینا چاہیئے۔ شاذو نادر ایسا بھی ہوتا ہے

کہ شمولات پھر بھی حرکت ناپذیر رہتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں یا تو اربی رباط کو کاٹا جا سکتا ہے یا اسکی عظمی چسپیدگی کو چھینے سے علیحدہ کیا جا سکتا ہے (ہے گرووز :Hey Groves) اور اس ضرر کی تلافی بعد میں ٹانکے یا کیل لگانے سے کر دیجاتی ہے۔

۳۔ فتق ساد (obturator hernia)۔ اس قسم میں رودہ باریطون، زیر باریطونی شحم اور حوضی ردا کو اپنے آگے دھکیل لیتا ہے اور قنال ساد میں سے نکل آتا ہے (شکل ۹۰ صفحہ 399)۔ اس قنال کا رخ پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اربی قنال فخذی قنال سے پوپارٹ کے رباط کے اندرونی حصہ سے علیحدہ ہوتی ہے اور فخذی قنال ساد قنال سے عظم عانی کی افقی فرع سے علیحدہ ہوتی ہے۔

قنال سے گذر کر فتق بعض اوقات غشائے ساد اور عضلہ سادہ خارجہ (obturator externus) کے درمیان چلا جاتا ہے اور گہرا ہی رہتا ہے۔ یا بعض اوقات یہ اس عضلہ میں سے یا اسکے اوپر سے نکل آتا ہے۔ اس حالت میں یہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور عضلہ مقربہ قصیرہ (adductor brevis) سے ڈھکا ہوتا ہے۔ شریان ساد (obturator artery) قاعدۃً ناچہ کے خارجی اور موخر حصہ پر ہوتی ہے اور بہت ہی شاذ طور پر یہ اسکے سامنے کی طرف ہوتی ہے۔ عصب ساد (obturator nerve) عام طور پر ناچہ کے باہر کی طرف پایا جاتا ہے اور اس کے سامنے کی طرف یہ کمتر واقع ہوتا ہے۔ عصب کے قرب کی وجہ سے اس پر دباؤ پڑنے کا بہت احتمال ہوتا ہے اور اس فتق کا اکثر ایک نمایاں خاصہ یہ ہوتا ہے کہ عصب مذکور کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔ فتق عضلہ مشطیہ (pectineus) کے نیچے، اور کولھے کے کیسہ کے اندر کی طرف فخذی عروق کے پیچھے اور اندر کی طرف، اور عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) کے وتر کے باہر کی طرف ظاہر ہوتا ہے۔ کولھے کے جوڑ کو حرکت دینے پر درد کا پایا جانا بالعموم ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ عضلہ سادہ خارجہ (obturator externus) ران کو جبکہ یہ خفیف سی تبعید کی حالت میں ہو اندر کی طرف گردش دینے سے تنیدہ کیا جا سکتا ہے۔ یہ فتق بہت ہی نادر الوقوع ہے مگر عورتوں میں یہ نسبتاً زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ قنال ساد کے دہنہ کا امتحان کسی حد تک مہبل میں سے کیا جا سکتا ہے۔

411

۴۔ فتق کے نادر الوقوع اقسام۔ عجانی فتق (perineal hernia)

میں تاچہ جو حوضی ڈایا فرام کی شکمی جانب کی ردا (مستقیمی مثانی ردا : recto-vesical fascia) سے پوشیدہ ہوتا ہے رافع مبرز عضلہ (levator ani) کے سامنے کے ریشوں میں سے غدہ قدامیہ اور معائے مستقیم کے درمیان سے نکلتا ہے۔ ورکی مستقیمی فتق (ischio-rectal hernia) میں بروز ورکی مستقیمی حفرہ میں واقع ہوتا ہے۔ حیائی فتق (pudendal hernia) میں تاچہ لب فرج کے موخر اور تحتانی نصف میں پایا جاتا ہے اور ورکہ کی صعودی فرع اور مہبل کے درمیان سے نکلتا ہے۔ یہ غلطی سے دو پردہ بھی تصور کیا جا چکا ہے۔ نسائی فتق (sciatic hernia) میں رودہ بڑے عجزی نسائی کٹاؤ میں سے اندرونی حرقفی (internal iliac) عروق کے سامنے کی طرف سے عضلہ کمثریہ (pyriformis) کے اوپر یا نیچے سے نکلتا ہے اور عضلہ الویہ کبیر (gluteus maximus) کے نیچے آکر ظاہر ہو جاتا ہے۔ سری فتق (umbilical hernia) کے متعلق پہلے جو کچھ کہا جا چکا ہے (صفحہ 385) اسکے علاوہ اور کچھ نہیں کہا جا سکتا سوائے اسکے کہ تاچہ اپنے محل کے لحاظ سے تقریباً ہمیشہ ثرب پر مشتمل ہوتا ہے اور بعض اوقات اسمیں معدہ بھی شامل ہوتا ہے۔ قطنی فتق (lumbar hernia) میں رودہ عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) کے سامنے سے نکلتا ہے اور پیٹی (Petit) کی مثلث (عضلہ عریضہ ظہریہ اور عضلہ موربہ خارجہ کا درمیانی وقفہ) میں سے گذر کر سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے اور اسلئے یہ حرقفی عرف (iliac crest) کے بلند ترین مقام کے عین اوپر واقع ہوتا ہے۔ تاچہ لازمی طور پر یا تو قطنی ردا اور عضلات موربہ داخلہ کو اپنے آگے دھکیل لاتا ہے اور یا (بحالات تضرر) انہیں سے گذر آتا ہے کیونکہ ان ساختوں سے مثلث مذکور کا فرش بنتا ہے۔ فتق "بالائی قطنی مثلث" میں سے بھی نکل سکتا ہے اور یہ مثلث ایک وقفہ ہے جو آخری پسلی کے قریب ہوتا ہے اور جہاں عضلہ مستعرضہ (transversalis) کا صفاق صرف عضلہ عریضہ ظہریہ سے ڈھکا ہوتا ہے میکریڈی (Macready) (لانسٹ، نومبر ۱۸۹۰ء) نے اس فتق کی پچیس مثالیں جمع کی ہیں۔ 412

ڈایافرامی فتق[1] (diaphragmatic hernia) خلقی بھی ہوتا ہے اور اکتسابی

بھی۔ قبل الذکر قسم نہایت کثیر الوقوع ہے اور یہ ڈایافرام کے نمو کے صرف ناقص رہ جانے اور صدر اور شکم کے درمیان کے ابتدائی تعلق کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس تعلق کا محل اس لیفی وقفہ سے ظاہر ہوتا ہے جو آخری پسلی سے نکلنے والے اور خارجی محرابی (external arcuate) رباط (جانبی قطنی ضلعی محراب: lateral lumbocostal arch) سے نکلنے والے ریشوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ خلقی قسم دائیں جانب پر بہت ہی شاذ طور پر واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ جگر کا نمو اس طرف کے پلورائی باریطونی فتحہ کو بند کردیتا ہے۔ اکتسابی قسم میں جو بالعموم کسی کچلنے والے حادثہ کا نتیجہ یا بندوق کے زخم کا عاقبہ ہوتی ہے ڈایافرام کسی مقام پر بھی دریدہ ہو سکتا ہے۔ مگر واقعات کی اکثریت میں ضرر بائیں گنبد میں معدہ کے اوپر موجود ہوتا ہے۔ ایک بالغ موضوع میں جسکی تقطیع ڈاکٹر این پیٹرسن (Dr.N.Paterson) نے کی تھی بائیں مراق کے شکمی مشمولات بائیں پلورائی کہفہ میں موجود تھے بائیں گنبد میں ایک بڑا سا روزن تھا۔ یہ حالت زمانہ حیات میں شناخت نہیں کیگئی اور بظاہر اس سے کوئی نمایاں علامات نہیں پیدا ہوئے تھے۔ غیر متشخص ڈایافرامی فتق کے اس قسم کے واقعات قلیل الوقوع نہیں۔ مگر انجام کار تسدّد کے علامات کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اعضا میں سے معدہ کا اپنی جگہ سے ٹلنا نہایت کثیر الوقوع ہے۔ اسکے بعد مستعرض قولون ثرب، معائے صغیر، طحال، جگر، لبلبہ اور گردوں کا نام علی الترتیب آتا ہے۔ بعض اوقات یہ فتق سوراخ برائے مری میں سے گزر جاتا ہے۔ مگر اس سوراخ میں سے یہ کبھی نہیں گذرتا جو ورید اجوف (vena cava) کے لئے ہوتا ہے اور نہ یہ فتحہ اورطیہ (hiatus aorticus) ہی میں سے گزرتا ہے۔ معدہ کا ایک جزوی فتق جو مرلوی دہنہ میں سے گذر جاتا ہے قلیل الوقوع نہیں ڈبلیو۔ اے۔ ای والر W.A.E (Waller) نے ایک ۱۹ سال کی عمر کے نوجوان مرد کا واقعہ درج کیا ہے جو تسدّد (obstruction) کے مبہم علامات کے ساتھ فوت ہوگیا تھا۔ معدہ مرلوی دہنہ میں منحبس پایا گیا تھا اور اسکا زیادہ تر حصہ بائیں پلورائی کہفہ میں گذر گیا تھا۔ یہ فتق جن حصوں کو عام طور پر منتخب کرتا ہے وہ انقبالی بافت کے

413

---

[1] مختلف اقسام کے بیان کے لئے دیکھو کیتھ (Keith) برٹش میڈیکل جرنل ۲۹ اکتوبر ۱۹۱۰ء۔

وہ وقفے ہیں جو آگے کی طرف ڈایافرام کے قصی اور ضلعی مبداؤں کے درمیان اور پیچھے کی طرف اسکے فقری اور ضلعی مبداؤں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ فتوق مردوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

فخذی اور اُربی عطفات۔ زمانہ حال میں آر۔ ڈبلیو۔ مرے (R. W. Murray) نے اُس کثرت کی طرف توجہ دلائی ہے جس سے باریطون کے عطفات فخذی اور اُربی قنالوں کے فتحوں پر پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۹۰ صفحہ 399)۔ ۲۰۰ امتحانات بعد الموت میں اسکو ۲۵ فخذی اور ۱۳ اُربی عطفات ملے گر باوجود اسکے فتق ایک بھی موجود نہ تھا بعض اوقات میں اُربی تاچے زائدہ غمدیہ (processus vaginalis) سے بنجاتے ہیں۔ مگر تمام فخذی قسمیں اور غالباً اربی قسموں میں سے اکثر جدور کی اُس لیفی بافت کے راستہ دینے سے پیدا ہوتی ہیں جو فخذی اور اندرونی شکمی حلقوں پر پائی جاتی ہے۔ ان خطوں میں باریطون لچکدار ہوتا ہے اور دیوار شکم سے یہ جھلّی اسقدر ڈھیلی چپکی ہوتی ہے کہ تھوڑے سے درون شکمی دباؤ سے بھی یہ بروز کر آتی ہے۔ علاج کے تمام طریقوں میں شکمی اور فخذی حلقوں کے خطہ پر باریطون کا محکم انضمام حاصل کرنے کے لئے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں۔

موخر شکمی جدور

(Posterior Abdominal Parietes)

شکم کی جانبی اور موخر دیواروں پر اندر کی طرف مستعرض اور حرقفی دو رداؤں کا استر موجود ہوتا ہے۔ ردائے مستعرض (transversalis fascia) تمام عضلہ مستعرضہ کے لئے استر کا کام دیتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ اس ردا سے ملجاتی ہے جو ڈایافرام کو پوشیدہ کرتی ہے اور نیچے کی طرف یہ حرقفی عُرف اور تمام اربی رباط سے ہر جگہ چسپیدہ ہوتی ہے سوائے اس مقام کے جہاں یہ فخذی غلاف کی مقدمہ بنانے کے لئے ران میں چلی جاتی ہے۔ **حرقفی ردا** (iliac fascia) عضلہ حرقفیہ خصریہ

(ilio-psoas muscle) کو محصور کرتی ہے، اور جو حصہ عضلہ خصریہ (psoas) کے اوپر موجود ہوتا ہے وہ زیادہ باریک ہوتا ہے۔ یہ حصہ عجز کی اندرونی جانب پر عمود شوکی سے ان مقامات پر چسپیدہ
414 ہوتا ہے جو عضلہ خصریہ کے مبداؤں کے متناظر ہوتے ہیں۔ اوپر کی طرف یہ اندرونی محرابی رباط (ligamentum arcuatum internum) (وسطانی قطنی ضلعی محراب medial lumbo-costal arch) سے اور باہر کی طرف قطنی ردا (lumbar fascia) کی مقدم تہ سے عضلہ خصریہ کی بیرونی کور کے ساتھ ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ ردا عضلہ حرقفیہ (iliacus) کو محصور کرتی ہے اور یہ حرقفی عرف اور حوض کی کگر اور اُربی رباط سے سوائے اس مقام کے جہاں یہ فخذی غلاف کی موخر دیوار بنانے کے لئے اس رباط کے نیچے سے گذرتی ہے چپکی ہوتی ہے۔ یہ عضلہ حرقفیہ خصریہ پر اسکے منتہیٰ تک چلی جاتی ہے اور ردائے عریض (fascia lata) سے ملکر ختم ہو جاتی ہے۔

ان رباطات کی ترتیب خراج کی ترقی اور اسکے رخ پر بہت اثر انداز ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر کوئی خراج ردائے مستعرض کے نیچے واقع ہو تو اسکا منہ یا تو حرقفی عرف کے یا اُربی رباط کے عین اوپر بنے گا اور یا یہ حبل منوی کے ساتھ ساتھ چلا جائے گا اور قنال اُربی کو متمدد کردیگا۔

حرقفی ردا عضلہ حرقفیہ خصریہ کو ایک بہت نمایاں عظمی صفاقی فضا میں بند کئے ہوتی ہے۔ اس ردا اور عضلہ (خاصکر اسکی حرقفی قسمت) کے درمیان ڈھیلی اتصالی بافت کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے اور اسلئے اس خط میں زیر ردائی خراجات کو ترقی کرنے کے لئے ہر ایک سہولت مہیا ہوتی ہے۔ یہ عظمی صفاقی فضا شکم میں تقریباً تمام اطراف سے بند ہوتی ہے، اور صرف نیچے کی طرف ہی کھلی ہوتی ہے اور یہاں سے یہ ردا عضلہ کے ساتھ ہی ران میں چلی جاتی ہے۔ چونکہ یہ فتحہ اس فضا کے زیرترین حصہ میں واقع ہوتا ہے اسلئے اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خصری (psoas) یا حرقفی (iliac) خراج بالعموم ران کے بالائی حصہ پر فخذی عروق کے عین باہر کی طرف نمودار ہوتا ہے اور نیز اسکا رجحان ان عروق کے پیچھے چلے جانے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ جو خراج حرقفی حفرہ میں واقع ہوتا ہے اس کا زیادہ تر رجحان اگرچہ ران میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے، مگر بعض اوقات یہ اوپر کی طرف فوقانی چسپیدگیوں تک بھی چڑھ جاتا ہے اور حرقفی عرف پر یا پوپارٹ کے رباط کے بیرونی حصہ پر نمودار

ہوجاتا ہے ۔ یا بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ بلا لحاظ اندرونی چپیدگیوں کے یہ حوض میں متجاوز ہوجاتا ہے ۔ اگر مریض کو مدت تک لیٹے رہنا پڑے تو کوئی وجہ نہیں کہ یہ عضلہ خصریہ کے ساتھ ساتھ اوپر کیطرف کو کیوں نہ پھیلے ۔

بہرکیف حرقفی خراج (iliac abscess) کی اصطلاح کا استعمال اکثر پیپ کے ان
415 اجتماعات پر کیا جاتا ہے جو حرقفی ردا سے طیار شدہ فضا کے اندر نہیں ہوتے ، بلکہ زیر باریطونی انفصالی بافت میں ہی واقع ہوتے ہیں ۔ یہ بافت حرقفی حفرہ میں بہت وسیع اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے تاکہ باریطون میں وہ پھیلاؤ پیدا ہوسکے جو اعور، قولون، مثانہ، رحم اور معائے مستقیم کے بھرنے اور خالی ہونے کے لئے لازمی طور پر درکار ہوتا ہے ۔ اسمیں قیحی مادہ کے بڑے بڑے اجتماعات پیدا ہوجاتے ہیں یا حوض سے شروع ہوکر اس میں پھیل جاتے ہیں ۔ پوپارٹ کے رباط کے اوپر کچھ فاصلہ پر (۱½ تا ۲ انچ) زیرعصلی بافت کثیف ہوجاتی ہے اور باریطون مضبوطی سے پیوستہ ہوجاتا ہے ۔ اسلئے اس قسم کے خراج حرقفی حفرہ ہی میں رہتے ہیں اور دیوار شکم کو اربی رباط کے عین اوپر باہر کی طرف کو نکال دیتے ہیں اور یہ اس زاویہ میں واقع ہوتے ہیں جو حرقفی اور مستعرضی رداؤں کے اتحاد سے بنتا ہے ۔ بعض حالتوں میں ان کا میلان حوض میں پھیل جانے کی طرف ہوتا ہے ۔

جب خراج زیرعصلی بافت میں واقع ہوتا ہے تو یہ بعض احشاء سے اور خاصکر اعور اور حرقفی قولون سے قریبی طور پر متماس ہوتا ہے اور قولون کے انہی حصوں میں یہ پھٹ جاتا ہے ۔ حوض کے اندر کے پس باریطونی خراجات (حوضی خلوی التہاب: pelvic cellulitis) بعض اوقات اوپر چڑھ کر حرقفی حفرہ میں پہنچ جاتے ہیں اور بطور حرقفی خراجات کے ظاہر ہوجاتے ہیں اور انجام کار شکم کی مقدم دیوار کے زیرین حصوں میں بہت سے فتحات بنجاتے ہیں جن میں سے یہ خالی ہوجاتے ہیں ۔

یہ معلوم کرلینا مناسب ہوگا کہ مشترک (common) اور خارجی حرقفی (external iliac) عروق، عروق لمف اور حالبین حرقفی ردا کے باہر واقع ہوتے ہیں اور اسکی شکمی سطح پر متمکن ہوتے ہیں ۔ اور مقدم ساقی (anterior crural) اعصاب اور قطنی (lumbar) اعصاب کے شکمی حصے مذکورہ عظمی صفاقی فضا کے اندر ہوتے ہیں ۔ چنانچہ درون ردائی خراج

بعض اوقات ذرا سی مزاحمت کے بعد حرقفی عروق کے ساتھ ساتھ ران میں پہنچ جاتا ہے اور بیرونی ردائی اجتماع متقدم ساقی (anterior crural) عصب کی متابعت کرتا ہے۔

خصری خراج (psoas abscess) یعنی وہ خراج جو عضلہ خصریہ (psoas muscle) کے ردائی غلاف میں پایا جاتا ہے بالعموم عمود فقری کی بوسیدگی سے پیدا ہوتا ہے گو اس مرض سے تعلق رکھنے کے بغیر بھی یہ نمودار ہو سکتا ہے۔ اگر عمود فقری کا قطنی حصہ
416 ماؤف ہو تو پیپ براہ راست اس عضلہ کے جسم میں داخل ہو جاتی ہے۔ جسے یہ کم و بیش مکمل طور پر تباہ کر دیتی ہے۔ اگر مرض عمود فقری کے ظہری حصہ میں موجود ہو تو مادہ عمود فقری کے سامنے کی جانب کے ساتھ ساتھ متجاذب ہو جاتا ہے حتیٰ کہ عضلہ خصریہ کے سروں سے اسکا علاقہ پیدا ہو جاتا ہے اور اسے ایک تنگ راستہ سے گذرنا پڑتا ہے۔ اس عضلہ کے ساتھ ساتھ جو پیپ اترتی ہے وہ انجام کار ران میں پہنچ جاتی ہے اور عروق کے پیچھے سے گذر جاتی ہے اور عام طور پر انکی اندرونی جانب پر بنِ ران کے عین نیچے نمودار ہو جاتی ہے۔

قطنی خطہ۔ جن عضلات سے شکم کی جانبی اور موخر دیواریں مبنی ہیں اور جو حرقفی عرف اور سب سے نیچے کی پسلی کے درمیان کے فاصلہ کو پُر کرتے ہیں وہ یہ ہیں:۔ عضلہ موربہ خارجہ (external oblique) عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) عضلہ مستعرضہ (transversalis) معہ ردائے قطنی (fascia lumborum) کے عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum)۔ حرقفی عرف سے لیکر قریب ترین پسلی (بالعموم گیارھویں) کی نوک تک ۳ سنٹی میٹر سے لیکر ۷ سنٹی میٹر تک کا فاصلہ ہوتا ہے اور اوسط فاصلہ ۸ء۴ سنٹی میٹر یعنی ۲ انچ سے ذرا ہی کم ہوتا ہے (ایڈیسن :Addison)۔

عضلہ موربہ خارجہ اور عضلہ عریضہ ظہریہ نیچے کی طرف ایک مثلث نما وقفہ (پیٹی کی مثلث) کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے علٰحدہ ہوتے ہیں مگر اوپر کی طرف ان میں تراکب پایا جاتا ہے۔ یہ وقفہ عورتوں میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) (عضلہ عجزیہ شوکیہ

(sacro-spinalis) کا بیرونی کنارہ قطنی خطہ میں ایک مفید امتیازی نشان کا کام دیتا ہے۔ حرقفہ کے عرف پر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) کا بیرونی کنارہ عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) سے ایک انچ آگے نکل جاتا ہے مگر بارھویں پسلی پر یہ اس عضلہ سے ایک انچ اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱۰ صفحہ 481)۔ پیٹی (Petit) کی مثلث عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) سے ½۱ تا ۲ انچ آگے بڑھکر یا حرقفی عرف کے وسطی نقطہ کے عین پیچھے ہوتی ہے۔

آخری پسلی اور حرقفی عرف کے درمیان کثیف قطنی ردا (fascia lumborum) تنی ہوتی ہے جو عضلہ مستعرضہ (transversalis) کا موخر صفاق ہے۔ پسلی کے نزدیک اسے آخری بین ضلعی شریان اور عصب، اور حرقفہ کے قریب حرقفی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب اور اسکی رفیق شریان منثقب کرتے ہیں۔ انہی ساختوں کے ساتھ ساتھ خراج بعض حالتوں میں اس ردا میں سے نکل جاتا ہے۔ یہ ردا پیچھے کی طرف تین تہوں میں منقسم ہوجاتی ہے اور اسطرح جو خاص
417 فضائیں بنتی ہیں ان میں عضلہ مربعہ (quadratus) اور عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) بند ہوتے ہیں۔ وسطی تہ ان دونوں فضاؤں کے درمیان سے گزرتی ہوئی مستعرض زوائد کی نوکوں تک چلی جاتی ہے۔ ان فضاؤں یا خانوں میں تقیح بعض اوقات محدود رہتا ہے۔ جو قطنی خراج کسی ہم پہلو حصہ مثلاً عمود فقری میں یا اس ڈھیلی ڈھالی بافت میں شروع ہوتا ہے جو گردوں کے اردگرد ہوتی ہے وہ ردائے قطنی (fascia lumborum) یا عضلہ مربعہ (quadratus) کو منثقب کرکے بالعموم پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

418

باب ہژدہم

باریطون اور غذائی خطہ

باریطون ۔ بعض احشا، مثلاً معدہ، طحال اور معائے صغیر باریطون سے اتنے قریبی طور پر محصور ہوتے ہیں کہ یہ غشا انکے زخمی ہونے سے لازمی طور پر اور انکے التہاب سے اکثر ماؤف ہو جاتی ہے۔ دوسرے اعضا مثلاً گردہ، قولون نزولی، لبلبہ وغیرہ زیر مصلی غشا سے اتنے غیر مکمل طور پر ڈھکے ہوتے ہیں کہ باریطون بعض اوقات متاثر ہونے سے بچ جاتا ہے۔ مثلاً گردہ کے گرد و نواح میں بڑے بڑے خراج بن سکتے ہیں۔ معائے صغیر کے تثقب ہیں جو از خود واقع ہوجائے باریطون کا ماؤف ہونا لازمی ہوتا ہے۔ مگر بخلاف اسکے اثناعشری اور قولون نزولی میں بعض اوقات ایسا تثقب واقع ہوتا ہے جس سے مادہ مصلی غشا کو خطرناک طور پر متاثر کئے بغیر زیر مصلی بافت میں چلا جاتا ہے جراثیمی سرائت زیادہ آسانی سے واقع ہو جاتی ہے اگر حملہ کا مبدا باریطون کی باہر کی جانب کی بجائے اسکی اندر کی جانب پر ہو۔ چنانچہ اس غشا کی اندرونی جانب پر ذرا سی پیپ کے نکل آنے سے التہاب پیدا ہوسکتا ہے اگر اسکی بیرونی سطح بعض اوقات پیپ میں ڈوبی رہتی ہے (جیسا کہ بڑے بڑے گردکلوی اور حوضی خراجات میں ہوتا ہے) اور التہاب باریطون کے کوئی حاد علامت پیدا نہیں ہوتی۔ ان اثرات کے سمجھنے کے لئے یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جو عفونتی مادہ باریطون کی آزاد سطح پر موجود ہو اس کے لئے ایک وسیع رقبہ موجود ہوتا ہے جس پر یہ بغیر کسی روک ٹوک کے پھیل سکتا ہے

اور جس سے بآسانی منجذب ہو سکتا ہے اور ہم فی الحقیقت اس امر سے آگاہ ہیں کہ سیال اشیا
باریطونی کہفہ سے لمفی نظام میں جلد گذر جاتے ہیں۔ کارمین (carmine) کے ذرات اس کہفہ 419
میں اشراب کرنے کے سات منٹ بعد صدری قنات (thoracic duct) میں سیال میں معلق پائے
جاتے ہیں۔ زیر ڈایافرامی رقبہ میں انجذاب سریع ترین ہوتا ہے (ڈن بار (Dunbar اور
ریمی: Remy) اور حوض میں کافی آہستہ ہوتا ہے۔ اس لئے التہاب باریطون کی حالتوں کے
علاج میں نیم افتادہ (semi-recumbent) وضع (فاؤلر کی وضع) مفید ہوتی ہے۔

باریطون ایک معتد بہ حد تک کھچ سکتا ہے بشرطیکہ کھچاؤ صرف تدریجی ہو۔ یہ امر امعاء کے تدریجی تمدد کے حالات میں فتق کی حالت میں تاج کے بننے اور پس باریطونی سلعات کے بڑھنے میں اکثر دیکھا جاتا ہے۔ اس غشا کا فوری کھچاؤ یقیناً انشقاق پیدا کر دیتا ہے۔ جداری باریطون ضرب سے احشاء کو ضرر پہنچنے کے بغیر بھی پھٹ سکتا ہے۔

ثرب کبیر (great omentum) کے اپنے محل کی وجہ سے زخمی ہونیکا بہت امکان ہوتا ہے۔ پیٹ کی دیوار کے چھوٹے چھوٹے زخموں میں یہ بعض اوقات ایک موثر ڈاٹ کا کام دیتا ہے جو زیادہ اہم ساختوں کے اخراج کو مانع آتی ہے۔ اسکے فعل کی اب تک مکمل طور پر تعیین نہیں کی گئی۔ مگر باریطون کے انجذابی رقبہ کو یہ بلاشبہ وسیع کر دیتا ہے اور اس امر کی بھی شہادت موجود ہے کہ جراثیمی حملہ کی مدافعت کرنے میں یہ سرگرمی سے حصہ لیتا ہے۔ چنانچہ بی۔ ایچ۔ بکسٹن (B. H. Buxton) نے یہ معلوم کیا ہے کہ خرگوشوں میں باریطونی کہفہ میں عصیات محرقہ (typhoid bacilli) کی کاشتوں کا اشراب کرنے کے جلد بعد ثرب کے یک نواتی سفید جسیمے ان عصیات سے بھرے ہوئے پائے گئے۔

ثرب کبیر ایک مختلف الحدود دم لیف جامہ پوش کی شکل کا ہوتا ہے۔ اسکا میلان بائیں جانب کو ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ یہ میاں معدہ (mesogaster) سے پیدا ہوتا ہے اور بائیں جانب کے فتوق میں اسکے بہت کثرت سے شامل ہونے کی توضیح بھی اسی امر سے ہوتی ہے۔ لیکن اسکی آزاد کور کی وسعتِ حرکت بہت زیادہ ہوتی ہے اور اگر شکم میں کوئی ملتہب رقبہ موجود ہو تو اسکا میلان اسکی طرف نقل کرنے اور اس سے منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کا یہ خاصہ مفید ثابت ہوتا ہے کیونکہ اس قسم کے انضمامات سے ضرر رسیدہ احشاء کا ٹپکاؤ بند ہو جاتا ہے

اور ہر قسم کے انصباب کا انتشار محدود ہو جاتا ہے ۔ جب جراح کسی ایسے خطِ دوخت کو یقینی طور پر محفوظ بنانے کے لئے جسکے ناقص رہ جانے کا شبہ ہو ثرب کا پیوند لگاتا ہے تو وہ اسکی سرعت انضمام سے
420 استفادہ کرتا ہے ۔ مزید برآں ثربی انضمامات بعض اوقات ان اعضا میں دورانِ خون پیدا کرنیکے لئے بھی مفید ثابت ہوتے ہیں جنمیں طبعی رسد خون مسدود ہو گئی ہو ۔ جدید اور کلانی یافتہ عروق کے ذریعہ سے منضم ثرب اور ماؤف عضو کے درمیان ایک مناسب تفمم واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات مبیضی سلعہ میں ہوتا ہے جسکا پائچہ بل کھا گیا ہو ۔ جب کہبتِ جگر (hepatic cirrhosis) میں بابی اور نظامی دورانات خون میں اتصال پیدا کرنے اور مسدودیِ جگر کیلئے دورِ قصیر (short circuit) بنانے کے لئے ثرب کبیر کو دیوارِ شکم میں مثبت کیا جاتا ہے تو اسی خاصہ سے استفادہ کیا جاتا ہے ۔

لیکن ثربی دامن کا یہ رجحان جو منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے اگرچہ اکثر مفید ثابت ہوتا ہے مگر بعض اوقات مضر بھی ثابت ہوتا ہے ۔ کیونکہ اس سے اسی طرح ثربی بند بن بھی جاتے ہیں جنکے نیچے بعض اوقات رودہ مخنوق ہو جاتا ہے ۔ مزید برآں فتق میں مشمولہ ثرب بعض اوقات تاچہ اور دوسرے مشمولات سے اس مضبوطی سے منضم ہو جاتا ہے کہ اسکی ترجیع میں مانع آتا ہے اور بعض اوقات تخنیق تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے ۔ بعض اوقات اس سے خود رودہ کے اردگرد ایک قسم کا دوسرا تاچہ بنجاتا ہے (ثربی تاچہ: omental sac) ۔ التہابی انضمامات کے بعد ثرب میں بعض اوقات درزیں اور سوراخ بنجاتے ہیں اور انمیں رودہ کا جو حصہ پھنس جاتا ہے وہ مخنوق ہو جاتا ہے ۔

ماساریقا (mesentery) ۔ ماساریقا کی جداری چسپیدگی میں کسیقدر اختلاف کا امکان ہوتا ہے ۔ جس مقام پر اسکی چسپیدگی اوپر سے شروع ہوتی ہے وہ تقریباً مستقل ہوتا ہے اور اثنا عشری کے اختتام کا متناظر ہوتا ہے اور لبلبہ کے زیرین کنارے کے لبول کے قریب قریب ہوتا ہے ۔ اور دوسرے قطنی فقرہ کی عین بائیں جانب پر پایا جاتا ہے (شکل ۹۳) ۔ اس مقام سے ماساریقا کی چسپیدگی ایک ترچھے خط کی متابعت کرتی ہے جو نیچے کی اور دائیں طرف کو جاتا ہے اور بڑے بڑے عروق کو عبور کر کے کسیقدر غیر معین طریقہ سے دائیں حرقفی حفرہ میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۴) ۔ ماساریقا کی جداری چسپیدگی کا طول عام طور پر تقریباً ۶ انچ ہوتا ہے ۔ اسکی ترچھی چسپیدگی سے اس امر کا پتہ چلتا ہے کہ جب شکم میں ماساریقا کی دائیں جانب پر انصباب پیدا ہوتا ہے تو سیال پہلے دائیں حرقفی حفرہ کا رخ کرتا ہے اور جب یہ اسکی بائیں جانب پر پیدا ہوتا ہے تو پہلے حوض میں جاتا ہے ۔

421 ماساریقا کا طول عمود شوکی سے لیکر امعاء تک اسکے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔
اوسط طول ۸ انچ ہوتا ہے۔ اسکا طویل ترین حصہ وہ ہے جو امعاء کی ان گنڈلیوں کو جاتا ہے جو
اثنا عشری سے ۶ فٹ کے فاصلہ سے لیکر ۱۱ فٹ کے فاصلہ کے اندر اندر واقع ہوتی ہیں۔ (ٹریوز[1]
:Treves) لہذا یہ گنڈلیاں امعاء کے ۵ فٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور یہاں ماساریقا کا طول ۱۰ انچ
تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ گنڈلیاں ہمیشہ حوض میں رہتی ہیں اور بآسانی مفتوق ہو جاتی ہیں۔ اگر کسی بالغ
کے تازہ جسم کو جس میں احشاء اور بار یطون طبعی ہو کھولا جائے تو معائے صغیر کے چپنر کا فخذی قنال
(جو مصنوعی طور پر کلاں کر لی گئی ہو) میں سے کھینچ کر ران میں لے آنا یا اربی قنال میں سے کھینچ کر صفن
میں لے آنا ناممکن ہوتا ہے۔ اور یہ ایک حقیقت ہے کہ شکم کے کسی حصہ میں سے کوئی بھی گنڈلی اُس
افقی خط کے نیچے جو عظم عانہ کے شوکہ کے لیول پر کھینچا گیا ہو شکم میں سے باہر نہیں کھینچی جا سکتی۔
لہذا یہ ظاہر ہے کہ فخذی اور صفنی فتق میں ماساریقا لازمی طور پر یا تو متطول ہو جاتی ہے اور یا اسکی
چسپیدگی نیچے آجاتی ہے۔

ماساریقا میں بعض اوقات کچھ سوراخ بھی پائے جاتے ہیں جن میں معا مخنوق ہو چکی ہے۔
ان سوراخوں میں سے بعض اور خاصکر وہ جو درزوں کی طرح کے ہوتے ہیں تضرر سے پیدا ہوتے ہیں۔
اور بعض دباؤ کی وجہ سے ماساریقا کے منجذب ہو جانے سے یا اسکے کسی خلقی نقص سے پیدا ہوتے ہیں۔

ماساریقا کی غیر مکمل چسپیدگیوں کے واقعات کا اندراج اکثر کیا جا چکا ہے۔ ابتدائی
چسپیدگی فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) شریان کی ابتدا پر ہوتی ہے اور اس
مقام سے جنینی زندگی کے دوران میں باریطونی انضمام یا تثبیت کا ایک عمل پھیل کر دائیں حرقفی
حفرہ تک چلا جاتا ہے۔ اگر یہ عمل مکمل طور پر بند ہو جائے تو تمام معا فوقانی ماساریقی شریان کے گرد
گھوم جاتی ہے، جس سے رودہ کا تسدد پیدا ہو جاتا ہے اور اگر ماساریقا کا صرف یرین حصہ ہی چسپیدہ
رہے تو لفائفی (ileum) کے یرین اور معائے کبیر کے ابتدائی حصہ میں گردش واقع ہو جاتی ہے۔
422 جس سے تسدد پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ باریطونی انضمامات یا بندوں کی

---

[1] دیکھو آدمی کی معوی قنال اور اسکے باریطون کی تشریح (The Anatomy of the Intestinal Canal and Peritoneum in Man) - لنڈن ۱۸۸۵ء۔

دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ایک وہ جو جنینی زندگی کے دوران میں پیدا ہوتے ہیں جبکہ ماساریقا اور امعاء کی چسپیدگی شکم کی موخر دیوار سے جاری ہوتی ہے (نموی انضمامات) اور ایک وہ جو آئندہ زندگی میں مرض کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (امراضیاتی انضمامات)۔

باریطونی فضائیں اور ربطات۔ باریطون کی ترتیب کی وجہ سے کہفہ شکم متعدد بالقوہ فضاؤں پر منقسم ہے جو بعض معیّن ربطوں یا راستوں کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے ملی ہوتی ہیں۔ جو غذائی مشمولات یا پیپ یا خون باریطونی کہفہ میں بہ آتے ہیں انکا رجحان ان فضاؤں میں سے بعض میں جمع ہو جانے اور انکے بھرنے کے بعد قرب وجوار کی فضاؤں کی طرف ان سمتوں میں جنکی وضاحت بخوبی کیجا چکی ہے چلے جانے کی طرف ہوتا ہے۔ بعض مولفین کو باریطون کی اس ترتیب اور ایک ملک کی پن ڈھالوں (watersheds) میں ایک مشابہت نظر آتی ہے۔ اسلئے ان بالقوہ فضاؤں اور راستوں کو بعض اوقات "باریطون کی پن ڈھالوں" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انمیں سے بڑی بڑی فضائیں یہ ہیں۔ (۱) تاچہ صغیر (lesser sac)۔ یہ تاچہ ونسلو (Winslow) کے سوراخ کے ذریعہ سے (۲) زیر جگری فضا (subhepatic space) سے ربط رکھتا ہے۔ یہ فضا اوپر کی طرف جگر کی زیرین سطح اور نیچے کی طرف اثنا عشری اور قولون کے کبدی عوجہ (hepatic flexure) اور مستعرض ماساریقائے قولون اور دائیں گردہ اور دائیں ضلعی قولونی رباط سے محدود ہوتی ہے (شکل ۹۳)۔ (۳) دائیں زیر ڈایا فرامی فضا (right subphrenic space) جو ڈایا فرام اور جگر کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ خط وسطی کی طرف درانتی شکل (falciform) اور اکلیلی (coronary) رباطات سے محدود ہوتی ہے اور نیچے کی طرف یہ زیر جگری فضا میں کھلتی ہے۔ (۴) بائیں زیر ڈایا فرامی فضا (left subphrenic space) اوپر کی طرف ڈایا فرام اور نیچے کی طرف جگر کے بائیں لختہ اور معدہ کے درمیان ہوتی ہے۔ اپنی متناظر دائیں فضا سے یہ درانتی شکل رباط کے ذریعہ سے علٰحدہ ہوتی ہے۔ نیچے کیطرف یہ (۵) گرد طحالی فضا (perisplenic space) سے ربط رکھتی ہے۔ یہ فضا نیچے کی طرف طحالی عوجہ (splenic flexure) اور اسکی ماساریقا اور بائیں ضلعی قولونی رباط اور بائیں گردے سے محدود ہوتی ہے۔ یہ پانچ فضائیں شکم کے فوق ثربی خطہ (supra-omental region) میں واقع ہوتی ہیں ــــ اور مستعرض ماساریقائے قولون سے

اوپر ہوتی ہیں مستعرض ماساریقائے قولون (transverse mesocolon) کے نیچے دو فضائیں ہوتی ہیں جن میں طبعی حالتوں میں معائے صغیر موجود رہتی ہے۔ ان میں سے ایک (۶) دائیں تحتانی 423
ثربی (right infra-omental) ہے جو اوپر کی جانب مستعرض ماساریقائے قولون سے اور نیچے کی اور بائیں طرف اثنا عشری صائمی اتصال (duodeno-jejunal junction) اور ماساریقا کی جڑ سے محدود ہوتی ہے۔ اور ایک (۷) بائیں تحتانی ثربی (left infra-omental) ہے جو اوپر کی طرف مستعرض ماساریقائے قولون سے محدود ہوتی ہے اور دائیں فضا سے یہ اثنا عشری صائمی اتصال اور معائے صغیر کی ماساریقا سے علیحدہ ہوتی ہے۔ (۸) ایک فضا جو باقی رہ گئی ہے حوض میں واقع ہوتی ہے یہ عورتوں میں مستقیمی رحمی (recto-uterine) اور مردوں میں مستقیمی مثانی (recto-vesical) کہلاتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی فضاؤں کے درمیان صرف مستعرض ماساریقائے قولون کے دونوں سروں پر ہی ربط پائے جاتے ہیں۔

زیرکبدی فضاؤں کے جیش بہاؤ کا میلان نیچے کو اس میزاب کی طرف ہوتا ہے جو قولون صعودی کی باہر کی جانب کو ہوتا ہے (دایاں خارجی نزد قولونی میزاب right external paracolic groove)۔ یہ جیش بہاؤ اس میزاب میں سے حرقفی حفرہ میں پہنچ جاتا ہے اور حرقفی حفرہ میں سے یہ حوضی فضا میں چلا جاتا ہے۔ حوض میں سے یہ بعض اوقات بائیں تحتانی ثربی جیب کی طرف اوپر چڑھ جاتا ہے اور وہاں سے سیال مادہ بائیں خارجی نزد قولونی میزاب کی طرف جا سکتا ہے اور یہاں سے ہوتا ہوا گردطحالی فضا میں پہنچ سکتا ہے۔ اس بیان میں برنارڈ (Barnard) والیس (Wallace) باکس (Box) جینکنس (Jenkins) اور مینارڈ سمتھ (Maynard Smith) کی تصانیف کی متابعت کی گئی ہے۔

شکمی احشاء کی سطحی نشاندہی۔ شکل ۹۳ میں اوسط آدمی میں احشاء کا طبعی محل دکھایا گیا ہے اور شکل ۹۴ احشاء کی اس وضع کو ظاہر کرتی ہے جو وہ **استرخائے احشاء** (visceroptosis) (**گلینارڈ کے مرض** Glenard's disease) کی بہت نمایاں حالت میں اختیار کر لیتے ہیں۔ اس قسم کی حالتوں کا خاص کر لاشعاعوں کی مدد سے مطالعہ کرنے سے یہ معلوم

ہوتا ہے کہ شکمی مشمولات کے طبعی محل کو ظاہر کرنے کے لئے ایک صحیح اور سادہ طریقہ کی بڑی ضرورت ہے ۔
احشا کی بالائی حد قصی سیفی (sterno-ensiform) (قصی خنجری : sterno-xiphoid) نقطہ
اور خط سے بہترین طور پر ظاہر کی جاسکتی ہے ۔ **قصی سیفی نقطہ** (sterno-ensiform point) کا محل
ضلعی غضروفوں کے ساتویں جوڑ کے منتہی کے نیچے ایک نمایاں انخفاض سے ظاہر ہوتا ہے ۔ **قصی سیفی خط**
اس نقطہ پر سے جسم پر مستعرضاً کھینچا جاتا ہے اور اگر صدر طبعی شکل کا ہو تو اسے ضلعی غضروفوں کے 424

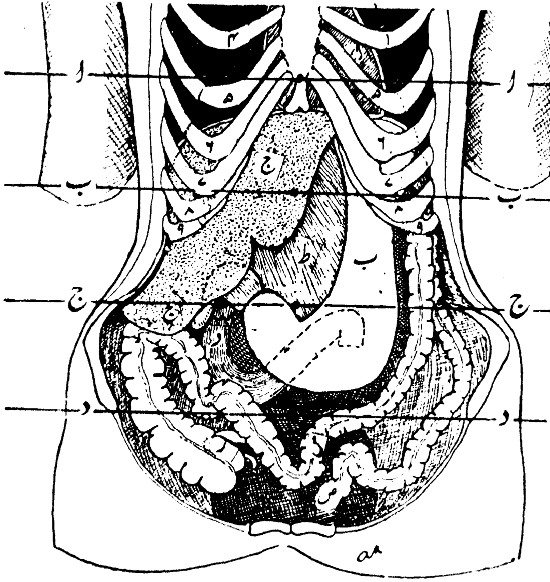
شکل ۹۳ شکمی احشاء کے اوسط محل وقوع کو معہ انکے سطحی نشانات کے ظاہر کرتی ہے

(اڈیسن : Addison کے مطابق) ۔

ا قصی سیفی نقطہ ۔ اَ اَ قصی سیفی خط ۔ ب ۔ وسطی برمعدی نقطہ ۔ بَ ب ۔ وسطی برمعدی یا عبرالبواب خط ۔ ج ۔ سُرتی نقطہ ۔
جَ جَ ۔ سُرتی خط ۔ د ۔ وسطی زیر معدی نقطہ ۔ دَ دَ ۔ وسطی زیر معدی خط ۔ س س ۔ دائیں اور بائیں عضلات مستقیمہ بطنیہ کا
بیرونی کنارہ ۔ س ۔ نقطہ منزو ـــــ عضلہ مستقیمہ بطنیہ کے بیرونی کنارہ پر دائیں شوکی سری خط پر ۔

پانچویں جوڑ پر سے گزرنا چاہیئے ۔ ڈایافرام کا دایاں گنبد کھڑے ہونے کی حالت میں اس خط تک پہنچتا ہے

بایاں گنبد اس سے تقریباً ½ انچ نیچا ہوتا ہے۔چت لیٹنے کی حالت میں یہ گنبد نصف انچ اور اوپر کو چلا جاتا ہے۔مرکزی وتر قصی سیفی نقطہ سے ½ انچ نیچے ہوتا ہے۔ استرخائے احشاء میں ڈایا فرام کے گنبد اور انکے اندر کے احشاء نیچے اتر جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اپنے محلات سے ۱ انچ یا اس سے زائد فاصلہ
425 پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۹۴)۔ وسطی برمعدی (mid-epigastric) نقطہ خط ابیض پر تری اور



شکل ۹۴ احشاء کے محل کو استرخائے احشاء کی حالت میں ظاہر کرتی ہے۔
ا ا۔قصی سیفی خط۔یہ پانچویں ضلعی غضروف سے اوپر اوپر گزرتا ہے۔ ب ب۔ وسطی برمعدی خط۔ج ج۔سُرّی خط۔ د د۔ وسطی زیر معدی خط۔ا۔گرد قلبہ۔ ب۔معدہ (جو بہت ہی متطول اور متسع ہے)۔ج۔جگر۔ د۔ اثنا عشری۔ م۔اعور۔ س مستعرض قولون۔ ص۔معائے مستقیم۔ط۔متطول معدی کبدی ثرب۔

قصی سُرّی نقطوں کے عین درمیان مقرر کیا جاتا ہے۔ وسطی برمعدی خط (mid-epigastric line)

(ایڈیسن کا عبرالبواب ستوی) جسم پر سے اس نقطہ کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ یہ بواب اور لبلبہ اور اثنا عشری کی ابتدا اور اسکے اختتام کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔ استرخائے احشاء میں یہ احشاء نیچے کی طرف اترتے اترتے خط سُرّی تک پہنچ جاتے ہیں (شکل ۹۴)۔ سری خط (umbilical line) ناف پر سے کھینچا جاتا ہے اور یہ عام طور پر حرقفی عرفوں کے بلند ترین مقامات کے ذرا نیچے سے گذرتا ہے۔ مستعرض قولون اور اثنا عشری شکم کو اس خط سے اوپر اوپر عبور کرتے ہیں اور طہ کی تقسیم اسکے نیچے ہوتی ہے۔ استرخائے احشاء میں مستعرض قولون، معدہ کا بوابی حصہ اور اثنا عشری خط سُرّی سے کافی نیچے اتر آتے ہیں (شکل ۹۴)۔ وسطی زیر معدی نقطہ (mid-hypogastric point) خط ما بین ناف اور ارتفاق عانہ کے عین وسط پر مقرر کیا جاتا ہے۔ یہ عجز کے طنف (promontory) سے تقریباً ½ انچ نیچے ہوتا ہے۔ وسطی زیر معدی خط (mid-hypogastric line) بائیں بن ران میں حرقفی قولون کو اور دائیں بن ران میں اعور کے قعر کو عبور کرتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ بطنیہ کا بیرونی کنارہ (خط ہلالی: linea semilunaris) بھی مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ جس مقام پر یہ دائیں جانب پر ضلعی حاشیہ کو کاٹتا ہے (دایاں ضلعی مستقیمی نقطہ) وہاں مرارہ واقع ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر معدہ کا انحنائے کبیر زیر معدہ میں سے اس نقطہ پر باہر آجاتا ہے (شکل ۹۳)۔ اگر ناف سے لیکر دائیں مقدم فوقانی حرقفی شوکہ تک ایک خط کھینچا جائے (شوکی سُرّی خط spino-umbilical line:) تو یہ حرقفی اعوری خطہ کے لئے مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ نقطۂ منرو (Monro's point) اسی خط پر عضلہ مستقیمہ بطنیہ کے بیرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے۔ لفائفی اعوری سوراخ نقطہ منرو (Monro) کی دائیں طرف شوکی سری خط کے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ معائے کبیر کی بعض عام امراضیاتی حالتوں میں اور جزوی یا مکمل استرخائے احشاء کے تمام واقعات میں لفائفی اعوری اتصال حوض کی گگر کی طرف ٹل جاتا ہے۔

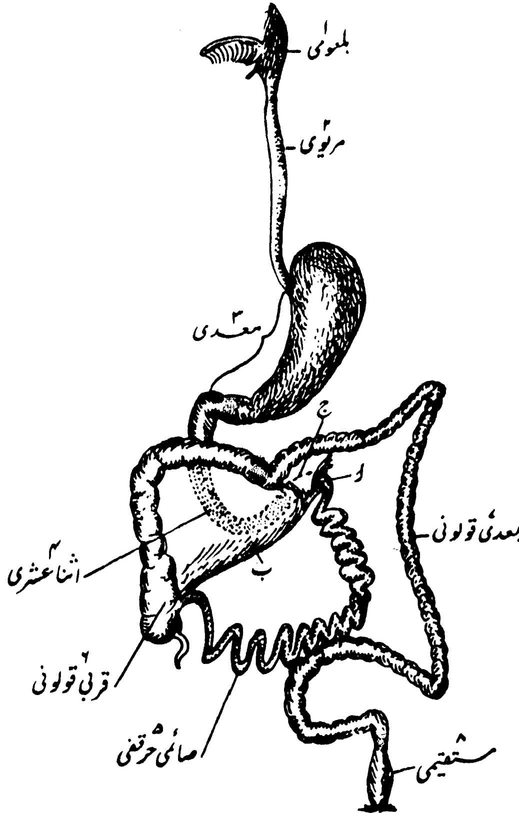
احشاء اپنے اپنے محل پر شکم کی عضلی دیواروں کے فعل اور باریطونی چپیدگیوں

اور عرقی پاچوں کے ذریعہ برقرار رہتے ہیں۔ مگر ان ساختوں میں سے اہم ترین ساختیں عضلات ہیں۔ عضلات موربہ خارجہ و داخلہ، عضلہ مستعرضہ، عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis)، ڈایافرام اور عضلہ رافع مبرز (levator ani)۔ یہ اپنے انقباض یا تنش سے احشاء کو ایک دوسرے پر

دبائے رکھتے ہیں۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اوپر کے احشاء کا وزن نیچے کے احشاء پر پڑتا ہے
اور چت لیٹنے کے بعد سیدھا کھڑے ہو جانے پر زندہ جسم میں اوپر کے احشاء اور ڈایافرام (لاشعاعوں 427
کی مدد سے) ½ انچ یا اس سے زائد نیچے اترتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب شکم کے عضلات اور اسکی دیواروں کو کاٹ کر مردہ کو سیدھا کھڑا کر دیا جاتا ہے تو تمام احشاء ۲ انچ یا اس سے زائد نیچے گر جاتے ہیں۔ باریطونی رباطات، انعکاسات، ثروب اور ماساریقا میں صرف درجہ حرکت ہی کو محدود کرتی ہیں۔ احشاء آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتے ہیں تاکہ ڈایافرام کا وسیع تنفسی فعل واقع ہوسکے۔ باریطونی سہاروں کے علاوہ احشاء کے دوسرے سہارے بھی ہیں جو عروق اور انکے اتصالی بافت کے غلافات سے بنتے ہیں۔ مثلاً جگر کی چسپیدگی ڈایافرام سے تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) کے ذریعہ سے، اور گردوں اور معائے صغیر کی موخر دیوار شکم سے انکے اپنے اپنے عروق کے ذریعہ سے۔ جب دیوار شکم کے عضلات کا فعل معطل ہوجاتا ہے تو صرف اس وقت ہی باریطونی اور عرقی سہاروں پر کچھ نہ کچھ بار یا وزن پڑتا ہے۔

غذائی خطہ کا میکانیہ نقل - یہ امر ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے کہ زندہ غذائی خطہ غذا کو منہ سے لیکر مبرز تک، ایک پیچدار راستہ ہیں سے جسکا طول اوسط درجہ کے بالغ آدمی میں تقریباً ۲۹ فٹ ہوتا ہے منتقل کرنے کا ایک میکانیہ ہے۔ اس خطہ میں غذا کے داخل ہونے کے وقت سے فضلہ کے خارج ہونے تک اسکا عضلی نظام (طولانی اور مدور طبقات) غذا پر اپنے تصرفات کرتا ہے اور اسے منضبط رکھتا ہے، اور نیز اسے آگے کی طرف کو دھکیلتا ہے۔ معین الاوقات افعال کا ایک پیچیدہ سلسلہ غذا کو اس خطہ کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ میں بزور دھکیل کر لیجاتا ہے جن میں سے ہر ایک میں ہضم اور جذب کے بعض اعمال سرانجام پاتے ہیں۔ یہ بالکل ظاہر ہے کہ ایسے کثیر الازدحام شارع پر باقاعدہ نقل و حمل کے لئے ایک ایسا اعلیٰ و اکمل اشارتی انسدادی نظام (signal block system) ہونا چاہئے جیسا کہ ہم روزانہ ریل کے محکمہ نقل و حمل میں دیکھتے ہیں۔ جب ہم غذائی خطہ کی اس قسم کی تصویر پر نظر ڈالتے ہیں جیسی کہ صفحہ 428 (شکل ۹۵) پر دیگئی ہے تو ہمیں یہ دکھائی دیتا ہے کہ یہ خطہ چند حصوں پر منقسم ہے۔ ہر ایک حصہ اپنے بعد کے حصہ سے عاصری نقطہ یا خطہ سے علیحدہ ہے۔ سب سے پہلا تقریباً ۱۰ انچ لمبا مریوی حصہ ہے، اور بلعومی خطہ سے یہ زیرین بلعومی

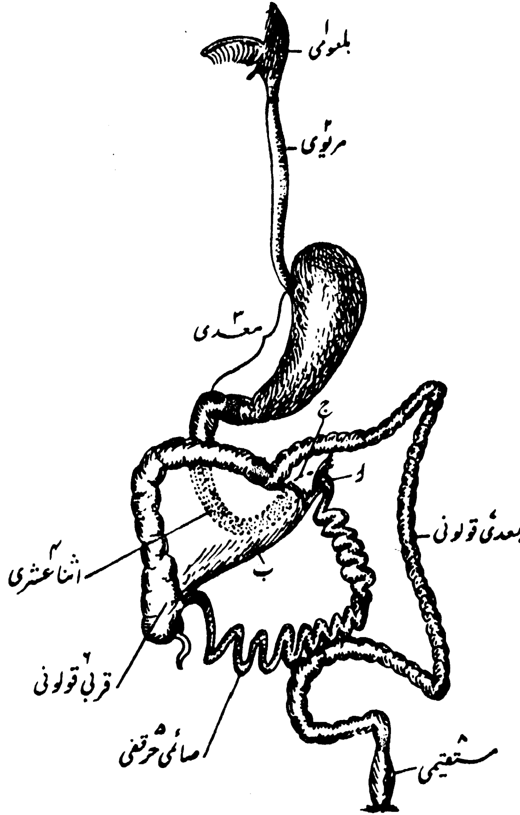
یا بالائی مریوی عاصرہ سے علٰحدہ ہے اور معدی حصہ سے یہ زیرین مریوی یا قلبی عاصرہ سے علٰحدہ ہے 428
ان عاصری نقاط میں سے ہر ایک پر غذا عارضی طور پر ٹھیر جاتی ہے اور اسکا نقل منظم ہو جاتا ہے ۔



شکل ۹۵ غذائی خطہ کے حصوں اور عاصری نقاط کو ظاہر کرتی ہے (موخرالذکر سرخ بنائے گئے ہیں) ۔

ا ۔ ب ۔ ج ۔ باریطونی شکن جن میں سے تائیمی اور احشائی عصبی ریشے گزر کر خطہ کے اہم مقامات کو جاتے ہیں ۔

428 یا بالائی مریوی عاصرہ سے علیحدہ ہے اور معدی حصہ سے یہ زیرین مریوی یا قلبی عاصرہ سے علیحدہ ہے ان عاصری نقاط میں سے ہر ایک پر غذا عارضی طور پر ٹھیر جاتی ہے اور اسکا نقل منتظم ہو جاتا ہے ۔



شکل ۹۵ غذائی خطہ کے حصوں اور عاصری نقاط کو ظاہر کرتی ہے (موخرالذکر سرخ بنائے گئے ہیں) ۔

ا ۔ ب ۔ ج ۔ باریطونی شکن جن میں سے تائیمی اور احشائی عصبی ریشے گزر کر خطہ کے اہم مقامات کو جاتے ہیں ۔

429 معدی حصہ قلبی عاصرہ سے لیکر بوابی عاصرہ تک پھیلا ہوا ہے۔ یہ فاصلہ ہمیشہ اختلاف پذیر ہوتا ہے مگر اسکا طول اوسطاً ۴ تا ۶ انچ تک بیان کیا جا سکتا ہے۔ بوابی عاصرہ غذا کو ٹھیرا لیتا ہے اور اس کے گذر میں باقاعدگی پیدا کرتا ہے۔ اسکے بعد اثنا عشری حصہ ہے جو ۱۰ یا ۱۲ انچ لمبا ہے۔ لاشعاعوں سے مشاہدات کرنے پر اثنا عشری کے تیسرے یا آخری حصہ میں ایک اثنا عشری عاصری میکانیہ ظاہر ہوتا ہے جو بعض امراضیاتی کیفیتوں میں خاص طور پر فعال ہوتا ہے۔ اسکے بعد اب طویل لفائفی صائمی (ileo-jejunal) خطہ آتا ہے جو ڈھیلی حالت میں ۲۵ فٹ لمبا ہوتا ہے، اور تھوڑے ہی عرصہ بعد منقبض ہوکر صرف ۱۵ فٹ ہی رہ جاتا ہے۔ یہ حصہ لفائفی اعوری عاصرہ (ileo-cæcal sphincter) پر ختم ہوجاتا ہے جو صائمی کے مشمولات کے گذر کو جو اعور کی طرف ہوتا ہے منظم بناتا ہے۔ اسکے بعد قربی قولونی حصہ آتا ہے جس میں اعور، زائدہ، قولون صعودی اور قولون مستعرض کا قربی ثلث شامل ہیں۔ جہاں پر ایک عاصری میکانیہ ہوتا ہے۔ پھر وسطی قولونی خطہ (mid-colic tract) ہے جو قولونی مشمولات کے قولون کے قربی حصہ میں سے بعدی حصہ میں گذرنے کو منظم بناتا ہے۔ بعدی قولونی خطہ جو تقریباً ۴½ فٹ لمبا ہوتا ہے اور قربی خطہ کے دو چند طول سے زیادہ ہوتا ہے مستقیمی قولونی عاصری خطہ (recto-colic sphincteric tract) پر جو حِسّی قولون اور معائے مستقیم کے مقام اتصال پر ختم ہوجاتا ہے۔ معائے مستقیم جو تقریباً ۸ انچ لمبی ہوتی ہے اندرونی عاصرہ پر ختم ہوجاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ایک حصہ میں تاخیر واقع ہونے سے دوسرے حصوں کے فعل میں خلل آجانا چاہیئے، اور ایسا ہی پایا گیا ہے۔

ان حصوں میں سے ہر ایک کے عضلی نظام میں عضلۂ قلب کی طرح متوازن انقباض کی ایک فطری قوت پائی جاتی ہے۔ ہر ایک حصہ کی رفتار انقباض اپنی اپنی ہوتی ہے اور سست ہوتی ہے ـــ معدہ کی ۶ تا ۸ فی منٹ ہے۔ انقباض کی موجیں آہستہ آہستہ تقریباً فی سکنڈ ا انچ کی رفتار سے آگے بڑھتی ہیں۔ انقباض کی موجیں جیسا کہ قلب میں ہوتا ہے سب سے زیادہ
430 تحریک پذیر مقامات پر شروع ہوتی ہیں۔ سب سے زیادہ تحریک پذیر نقاط ہمیشہ قطعہ کے قربی سرے پر واقع ہوتے ہیں، اور اس کے نیچے کے حصوں میں تحریک پذیری کم ہوتی جاتی ہے۔ اس لئے موجیں طبعی طور پر مبرز کی طرف کو جاتی ہیں، سوائے وسطی قولونی عاصری خطہ (mid-colic sphincteric tract) کے جہاں حرکات دودیہ کے خلاف اعور کی طرف کو جانی والی موجیں

پیدا ہوسکتی ہیں اور پیدا ہو بھی جاتی ہیں۔ ضد حرکتِ دودی غیر طبعی حالتوں میں ہر ایک حصّہ کے ہر ایک مقام میں اس مقام کی تحریک پذیری کو زیادہ کرنے سے پیدا کی جا سکتی ہے۔

یہ بالکل ظاہر ہے کہ کوئی ایسا میکانیہ ضرور موجود ہے جو ہمیشہ کام کرتا رہتا ہے اور مختلف قطعات کے افعال کو منظم اور منسق رکھتا ہے۔ مثال کے طور پر ہمیں یہ معلوم ہے کہ جب معدی حصہ کھانا کھانے کے بعد کام کرنے لگتا ہے تو ساتھ ہی لفائفی کے بعدی حصہ کا فعل بھی شروع ہو جاتا ہے اور ہمیں اس امر کا علم بھی ہے کہ جب اعور، زائدہ یا قربی قولون کا کوئی مرض موجود ہوتا ہے تو لفائفی اعوری عاصرہ کے انقباض کی وجہ سے لفائفی کے زیرین حصہ میں رکود واقع ہو جاتا ہے اور معدی اور اثنا عشری حصوں کا فعل مختل اور سست ہو جاتا ہے۔ ایسے نتائج ان تمام اعصاب کو جو نخاع مستطیل اور حبل شوکی سے نکلتے ہیں ۔ اعصاب تائیہ ظہری مشارکی اور حوضی اعصاب ۔۔۔ کاٹنے کے بعد تجربۃً حاصل کئے جا سکتے ہیں۔ یہ تعاملات مرکزی میکانیہ سے نہیں بلکہ محیطی میکانیہ سے پیدا ہوتے ہیں جو محیطی عصبی ضفیروں اور نیز انکے متعلقہ ضفیروں اور بالخصوص عضلی معوی (myenteric) (آرباک کے Auerbach's:) ضفیرہ میں موجود ہوتا ہے۔ یہ ضفیرہ اس خطہ کے بیرونی یا طولانی اور اندرونی یا مدور طبقات کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ہم یہ جانتے ہیں کہ مرکزی عصبی نظام اس خطہ کے حرکی نظام پر تائیتی، مشارکی اور حوضی برآر ریشوں کے ذریعہ سے اثر ڈال سکتا ہے اور ڈالتا بھی ہے، لیکن انکی یہ قوت بلا واسطہ عمل میں نہیں آتی بلکہ اس محیطی نظام کے واسطہ سے عمل میں آتی ہے جو اس خطہ کی دیوار میں واقع ہوتا ہے۔ ان عمومی اصولوں کو مستقلاً ذہن نشین رکھنے کے بعد اب ہم مختلف ساختوں پر زیادہ صحیح تشریحی معنوں میں بحث کر سکتے ہیں جو زیادہ مفید ثابت ہوگی۔

431 **معدہ۔** اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں:۔

پیچھے	اوپر	سامنے
مستعرض ماساریقائے قولون۔ تاجہ صغیر لبلبہ۔ ساقین۔ ضفیرۂ شمسی۔ بڑے بڑے عروق۔ طحال۔ بایاں گردہ اور برگردہ۔	جگر۔ ثرب صغیر۔ ڈایافرام **معدہ**	(بائیں جانب سے دائیں جانب کی طرف) ڈایافرام۔ دیوار شکم۔ جگر۔

نیچے

ثرب کبیر۔ معائے صغیر۔ مستعرض قولون۔ معدی طحالی ثرب۔

معدہ پیچھے کی طرف باریطون کے تاچہ صغیر پر متمکن ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک درجک کا کام دیتا ہے۔ معدی قروح تاچہ صغیر کو شاذونادر ہی منثقب کرتے ہیں اور جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو معدہ کے مشمولات صرف سوراخ ونسلو (foramen of Winslow) ہی میں سے باہر نکل سکتے ہیں اور شکم کے کھولنے پر ممکن ہے کہ دکھائی نہ دیں۔ یہ تاچہ ثرب کبیر پر معدے کے انحنائے کبیر پر شگاف دینے سے کھولا جاتا ہے۔

معدہ کے دونوں سرے اس کے مثبت ترین مقامات ہوتے ہیں۔ قلبی سرا ڈایافرام سے مری، ڈھیلی گرد مریوی بافت اور باریطون کے معدی ڈایافرامی انعکاسات کے ذریعہ سے ڈھیلے طور پر مثبت ہوتا ہے۔ بوابی سرا جگر اور موخر دیوار شکم سے معدی ڈایافرامی ثرب اور شکمی محور (cœliac axis) کی کبدی شاخ اور اس عرق کے اردگرد کی بافت سے مثبت ہوتا ہے۔

معدہ کو ڈایافرام اور صدری احشاء سے جو قریبی تعلق ہے اس سے سانس پھولنے اور ممکن الوقوع اختلاج قلب وغیرہ کی بھی جو بعض اوقات اس عضو کے تمدد سے پیدا ہوجاتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے (شکل ۹۳)۔ اس واقعہ سے قلب کا معدہ سے بہت قریب ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ پرونس سپائی نوزا (Prunus spinosa) کا ایک ½ انچ لمبا کانٹا نگل لیا گیا تھا اور یہ بعد کو ڈایافرام اور گرد قلبہ میں سے گزر کر دائیں بطین کی دیوار اور اس کے کہفہ میں پہنچ گیا تھا۔

مری ڈایافرام کو خط وسطی کے ذرا بائیں جانب پر منثقب کرتی ہے، اور معدہ کے قلبی دہنہ پر بائیں ساتویں ضلعی غضروف کے انتہائی ایک انچ سے ۳ تا ۴ انچ کی گہرائی پر ختم ہوجاتی ہے۔ 432

بوابی دہنہ (pyloric orifice) جو سوائے اس وقت کے جب کہ معدہ کے مشمولات اثنا عشری میں جاتے ہیں مستقل طور پر بند رہتا ہے مردہ جسم میں وسطی بر معدی مستوی پر اور خط ابیض سے تقریباً ۱ انچ دائیں طرف واقع ہوتا ہے۔ مگر زندہ اجسام میں اور خاصکر کھڑے ہونے کی حالت میں اس کا محل اور نیچے ہوتا ہے اور یہ خط ابیض کی ذرا دائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ۲ انچ اوپر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۳)۔ چونکہ بواب جگر کے مربع لختہ (quadrate lobe) کے نیچے واقع ہوتا ہے اور مستعرض شقاق (transverse fissure) (باب: porta) سے معدی کبدی ثرب کے ذریعہ سے بستہ ہوتا ہے، اس لئے یہ جگر کی کلانی اور اسکی غیر وضعیت سے اپنے محل سے لازمی طور پر ٹل جاتا ہے۔ استرخائے احشا (visceroptosis) میں یہ بعض اوقات سری خط تک نیچے اتر جاتا ہے (شکل ۹۴)۔

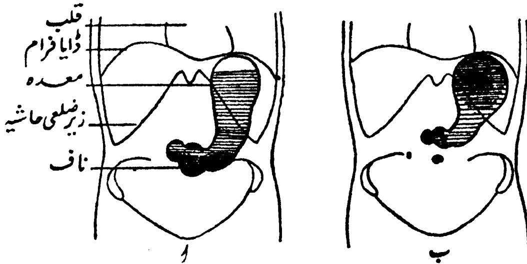
انحنائے صغیر طبعی طور پر جگر سے متراکب ہوتا ہے۔ اور معدی کبدی ثرب پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۹۳)۔ مگر جب معدہ متسع یا مستطول ہو جاتا ہے یا نیچے اتر جاتا ہے تو انحنائے صغیر اور معدی کبدی ثرب معرا ہو جاتے ہیں (شکل ۹۴)۔ اگر قلبی دہنہ کے محل سے (جو ساتویں بائیں ضلعی غضروف پر قص سے ۱ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے) بوّاب کے محل تک (جو برمعدی نقطہ اور دائیں ضلعی حاشیہ کے عین درمیان واقع ہوتا ہے) ایک خمیدہ خط کھینچا جائے تو یہ انحنائے صغیر کے طبعی محل کو ظاہر کریگا۔ انحنائے صغیر اگرچہ معدی کبدی ثرب کی چسپیدگی کی وجہ سے مقابلۃً مثبت ہوتا ہے مگر انحنائے کبیر آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ اسکا محل معدہ کے پُر یا خالی یا منقبض یا مرخی ہونے کے لحاظ سے بدلتا رہتا ہے۔ انحنائے کبیر کا اختلاف پذیر محل جیسا کہ زندہ موضوع میں دکھائی دیتا ہے ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات کے مطابق شکل ۹۶ میں دکھایا گیا ہے۔ جب مریض کھڑا ہوتا ہے تو انحنائے کبیر ناف تک یا اسکے نیچے اتر آتا ہے اور لیٹنے کی حالت میں انحنائے کبیر ناف سے ایک انچ اور اس سے زیادہ اوپر ہوتا ہے۔ معدہ کے سادہ اتساع سے انحنائے کبیر نیچے چلا جاتا ہے اور انحنائے صغیر کے محل میں تبدیلی واقع نہیں ہوتی۔ استرخائے معدہ میں دونوں انحنا نیچے اتر جاتے ہیں۔ مگر اتساع کے ہمیشہ موجود ہونے کی وجہ سے انحنائے کبیر زیادہ نیچے چلا جاتا ہے (شکل ۹۴)۔
433 استرخا (ptosis) میں انحناؤں کی وضع زیادہ انتصابی ہو جاتی ہے (شکل ۹۴)۔ بوابی ضیق سے جو اتساع پیدا ہوتا ہے وہ بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ معدہ عانہ تک نیچے اتر آتا ہے۔

یہ ضرور یاد رکھنا چاہیئے کہ تندرست آدمیوں میں بھی معدہ کی شکل اور اس کا محل دونوں مختلف ہوتے ہیں۔ ۶۰۰ نوجوان آدمیوں میں بھی جو تندرست تھے ڈاکٹر ایلن نیوٹن (Dr. Alan Newton) نے یہ معلوم کیا کہ ۱۹ میں انحنائے کبیر ناف کے بالمقابل یا اس سے اوپر تھا۔ اور ۴۱ میں یہ اس سے نیچے تھا اور بعض واقعات میں تو اس سے بہت ہی نیچے چلا گیا تھا۔ تندرست آدمیوں میں معدہ بعض اوقات بچوں کی طرح زیادہ حد تک برمعدی خط تک ہی محدود ہوتا ہے یا زیرمعدی خط تک بھی چلا جاتا ہے جیسا کہ معمر اشخاص میں ہوتا ہے۔

بواب طبعی حالت میں بند رہتا ہے۔ اور کھلے ہونے کی حالت میں اس میں انگشت اشاریہ چلی جانی چاہیئے۔ مگر اسکی تنگی کے باوجود بہت سے ایسے واقعات دیکھنے میں آئے ہیں جنمیں بڑی بڑی چیزیں مثلاً پنسل کا خول، کھانے کا کانٹا اور دروازہ کی چابی بھی اس میں سے گذر گئی ہیں۔ بوابی ضیق

بعض اوقات سن شیر خوارگی میں پایا جاتا ہے اور یہ رمسٹیڈٹ کے عملیہ (Rammstedt's operation) سے جس میں غشائے مخاطی کو ضرر پہنچانے کے بغیر عضلہ عاصرہ تقسیم کر دیا جاتا ہے رفع کیا جا سکتا ہے۔ تین ماہ کے طبعی بچہ میں عضلہ عاصرہ کی مدورت بواب پر ۱ تا ۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اور قنالِ بواب کے ساتھ یہ ۲۵ ملی میٹر (۱ انچ) تک جاتی ہے۔ اگر یہ دبازت ۳ ملی میٹر سے زائد ہو تو عاصرہ کو بیش پرورده تصور کیا جا سکتا ہے (ایل میک کے: L. MacKey)۔ عاصرہ اسوقت طبعی طور پر ڈھیلا ہو جاتا ہے جبکہ معدہ سے خارج شدہ کیموس کی تعدیل اثنا عشری میں ہو چکتی ہے۔ اثنا عشری کی ترشئی حالت عاصرہ کے ڈھیلے پن کو مانع آتی ہے۔

معدہ کی شکل کا انحصار بہت سی حالتوں پر ہے۔ یعنی اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت پر، گردونواح کے اعضا کے دباؤ پڑا اور اسکی پڑی کے درجہ پر۔ زمانہ حیات میں اسکے قلبی اور بوابی حصے دوران ہضم میں اپنا اپنا فعل مختلف طور پر کرتے ہیں۔ قلبی حصہ میں جسکی وضع انتصابی ہوتی ہے 434



شکل ۹۶۔ مریض کے معدہ کا شعاع نگاری خاکہ جسکو بیریئم دار غذا دیگئی ہے۔
(ہرسٹ: Hurst کے مطابق)

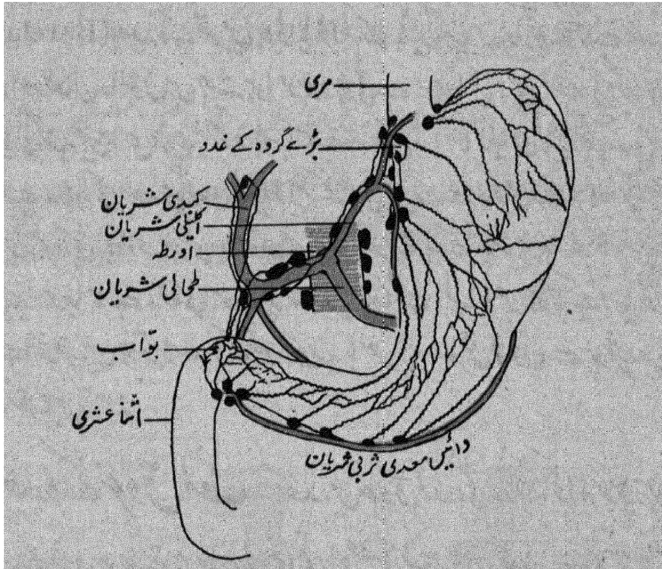
ا۔ کھڑے ہونے کی حالت میں۔ ب۔ افقی حالت میں۔

اور جو اس عضو کے دو تہائی حصہ پر مشتمل ہے زیادہ تر منشی (tonic) انقباض واقع ہوتا ہے اور

حرکی دودی انقباض واقع نہیں ہوتا۔ بوابی حصہ میں جسکی شکل انبوبی اور وضع انتصابی ہوتی ہے، دوران ہضم میں حرکی دودی موجیں متواتر اٹھتی رہتی ہیں۔ یہ موجیں بوابی قسمت کے ساتھ ساتھ اثنا عشری کی طرف تیزی سے جاتی ہیں اور جس مقام سے یہ شروع ہوتی ہیں وہ موت کے بعد اکثر منقبض پایا جاتا ہے، اور اس مشاہدہ سے یہ خیال پیدا ہوا ہے کہ قلبی اور بوابی عاصرات ایک وسطی معدی عاصرہ سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ جب غذا نگل لیجاتی ہے تو یہ فوراً بوابی حصہ میں پہنچ جاتی ہے اور جب زیادہ غذا کھائی جاتی ہے تو معدہ کے دونوں حصے پُر ہوجاتے ہیں (ہرسٹ: Hurst اور بارکلے: Barclay)۔ معدہ کے قعر میں جو ڈایا فرام کے بائیں گنبد میں واقع ہوتا ہے معدہ کی آرام کرنے کی اور فعال حالتوں میں ہمیشہ ہوا موجود ہوتی ہے۔ ہوا کی اس معدی گدی سے ڈایا فرام کا بایاں گنبد عین اسی طرح متمدد ہوجاتا ہے جسطرح کہ اسکا دایاں گنبد جگر کے انحداب سے اوپر اٹھا ہوتا ہے۔ ہوا کی معدی گدی ڈایا فرام کے طبعی فعل کے لئے لازمی ہے۔ ہوا کی مقدار دوران صحت میں منتظم رہتی ہے، اور مرضی حالتوں میں اس منتظم میکانیہ کے تباہ ہوجانے کا اندیشہ ہوتا ہے اور تمدد پیدا ہوجاتا ہے۔ خالی ہونے پر معدہ یا تو حالت انبساط میں ہوتا ہے اور یا حالت انکماش میں۔ اگر حالت انقباض میں ہو تو بر معدہ کے کھولنے پر یہ بالعموم مستعرض قولون سے پوشیدہ پایا جاتا ہے اور سامنے نظر نہیں آتا۔ 435

معدہ کے عروق لمف ۔ معدہ میں عروق لمف کی رسد بافراط موجود ہوتی ہے، یہ مخاطی طبقہ میں سے شروع ہوتے ہیں اور زیر مخاطی اور عضلی طبقات میں ضفیرے بناتے ہیں جنمیں سے برآر عروق نکل کر ان غدد میں چلے جاتے ہیں جو انحنائے صغیر و کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان عروق کے ذریعہ سے معدہ کے ابتدائی سرطان پھیلتے ہیں، اور اسلئے ان کے تعلقات جراحیاتی نقطہ نظر سے اہم ہیں۔ معدہ سے جو غدد تعلق رکھتے ہیں انکی تقسیم شکل ۹۷ میں ظاہر کیگئی ہے۔ سب سے بڑا گروہ — اکلیلی (coronary) — مریوی دہنہ کے قریب اور انحنائے صغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہے۔ اس گروہ کے درآر عروق شکل ۹۷ میں ظاہر کئے گئے ہیں اور اس کے برآر عروق اکلیلی (coronary) شریان کے ساتھ ساتھ فوق لبلبی گروہ میں چلے جاتے ہیں۔ جو تاجیہ صغیر کے پیچھے اور اس مقام کے قریب ہی واقع ہوتا ہے جہاں شکمی محور (cœliac axis)

اورطہ میں سے نکلتا ہے۔ زیر بوابی گروہ (subpyloric group) بواب کے نیچے اور اس کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اس میں درآر عروق ان غدد سے جو انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں (دائیں معدی ثربی) اور نیز بواب اور اثنا عشری سے آتے ہیں۔ اسکے برآر عروق کبدی (hepatic) شریان کے ساتھ ساتھ فوق لبلبی گروہ (suprapancreatic group) میں جاتے ہیں اور بعض فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) گروہ میں بھی ختم ہوتے ہیں 436



شکل ۹۷۔ لمفی غدد کے وہ گروہ جو معدہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ (پروفیسر جے کے جیمیسن : J.K.Jamieson اور مسٹر جے۔ الیف ڈوبسن : J.F.Dobson)۔

جو فوقانی ماساریقی شریان کے منبع پر واقع ہوتا ہے زیر بوابی گروہ کے برآر عروق میں جگر سے آنے والے عروق لمف بھی ملتے ہیں (شکل ۹۷)۔ (جیمیسن: Jamieson اور ڈوبسن : Dobson)۔

معدہ کی رسد خون ۔ چونکہ اب مرض کی وجہ سے بعض اوقات معدہ کے بڑے بڑے

حصے قطع کر دیئے جاتے ہیں۔ اسلئے عروق کے محل کا اور انکے ان تعلقات کا جو باریطونی شکنوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں ٹھیک صحیح علم ہونا ضروری ہے۔

اکلیلی (coronary) (بی۔این۔ بائیں معدی) شریان شکمی محور (cœliac axis) سے نکلتی ہے اور انحنائے صغیر کے قلبی سرے تک معدی کبدی ثرب کی بائیں کور میں سے ہوتی ہوئی پہنچتی ہے۔ نیچے کی اور آگے کی اور دائیں طرف کو مڑ کر یہ اِس انحناء کے ساتھ ساتھ سے گزرتی ہے اور کبدی شریان کی بوابی (pyloric) (دائیں معدی) شاخ سے تفمم کرتی ہے جو انحنا صغیر تک معدی کبدی ثرب کی دونوں تہوں میں سے گزر کر پہنچتی ہے۔ اسلئے اس ثرب کے دائیں اور بائیں حاشیوں میں عروق ہوتے ہیں۔ مگر درمیانی حصہ تقریبًا بغیر خون کے ہوتا ہے اور ناحیہ صغیر کو کھولنے کے لئے آسانی سے کاٹا جا سکتا ہے۔ انحنائے کبیر کو مندرجہ ذیل شریانیں رسد پہنچاتی ہیں۔ (ا) عروق قصیر (vasa-brevia) (انکی تعداد چار یا پانچ ہوتی ہے) جو یا تو طحالی شریان کے سرے سے یا اسکی انتہائی شاخوں میں سے کسی ایک سے نکلتے ہیں اور معدی طحالی رباط کے تہوں سے گزر کر انحنائے کبیر کے بائیں سرے کو چلے جاتے ہیں۔ یہ مریوی (œsophageal) اور اکلیلی (coronary) شریانوں اور بائیں معدی ثربی (left gastric epiploic) شریانوں سے تفمم کرتے ہیں۔ (ب) بائیں
437 معدی ثربی شریان طحالی شریان کے سامنے کی طرف سے اسکے سرے کے پاس سے نکلتی ہے اور معدی طحالی رباط میں سے ہوکر معدہ تک پہنچ جاتی ہے اور دائیں سے بائیں طرف تک انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ معدی قولونی رباط کے شکنوں میں سے بڑھتی چلی جاتی ہے۔ دائیں جانب پر معدہ کی دونوں سطحوں کو بہت سی شاخیں پہنچانے کے بعد جن پر سے یہ اسکے طویل محور سے مستعرضًا گذرتی ہیں یہ دائیں معدی ثربی شریانوں سے تفمم کرتی ہے۔ (ج) معدی اثنا عشری (gastro-duodenal) شریان کبدی سے اثنا عشری کے عین اوپر سے نکلتی ہے اور اس کے پہلے حصے کے پیچھے سے اور لبلبہ کی گردن اور اثنا عشری کے درمیان سے ہوکر نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور فوقانی لبلبی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) اور دائیں معدی ثربی شاخوں میں تقسیم ہوکر اثنا عشری کے پہلے حصہ کے زیرین کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ موخر الذکر ایک بڑا عرق ہے جو معدی قولونی ثرب کے پرتوں میں سے گزر کر دائیں طرف سے بائیں طرف کو جاتا ہے اور معدہ کی دونوں دیواروں کو شاخیں پہنچاتا ہے جو ان پر سے

مستعرضاً گذرتی ہیں اور یہ بائیں معدی ثربی شریان سے منضم ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔

معدی عملیہ جات میں نزف کو قابو میں پانے کے سلسلہ میں اس امر کا ذکر کر دینا چاہیئے کہ وسطی قولونی شریان کو بے احتیاطی سے اس مقام پر جہاں یہ مستعرض ماساریقائے قولون میں تاچہ صغیر کے پیچھے واقع ہوتی ہے ضرر پہنچ چکا ہے۔ اگر معدی کبدی اور معدی قولونی ثروب میں سے تاچہ صغیر کو پہلے ہی کھول لیا جائے اور گاز کی تہ یا ہاتھ ٹھونس دیا جائے تو یہ حادثہ وقوع میں نہیں آتا۔

معدہ کے زخم - معدہ کو تضرر پہنچنے کا نتیجہ اکثر حالتوں میں یہ ہوتا ہے کہ موت جلد واقع ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس عضو کے مشمولات باریطونی کہفہ میں نکل آتے ہیں، اور حاد التہاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لہٰذا وہ واقعات جن میں موت یقینی طور پر اور جلد واقع ہوتی ہے وہ ہوتے ہیں جن میں وقوعِ حادثہ پر معدہ غذا سے پُر ہو۔ معدہ کے چھوٹے سے کچوکے دار زخم سے اسکے مشمولات کا باہر نکلنا ضروری نہیں کیونکہ غشائے مخاطی جو ڈھیلے طور پر چپیدہ ہوتی ہے بعض اوقات زخم میں سے نکل آتی ہے اور اس میں ایک عمدہ ڈاٹ لگا دیتی ہے۔ جنگ بویری (Boer War) اور جنگ عظیم میں اکثر اوقات اسکی مثالیں دیکھنے میں آئی ہیں جن میں یہ حشا موزر (Mauser) گولی سے منثقب ہو گیا تھا۔ چند واقعات میں معدہ کے سامنے کی شکم کی دیوار زخمی ہو گئی تھی اور یہ حشا بروز کر آیا تھا اور اسکی مقدم دیوار بھی اُسی تضرر سے 438
زخمی ہو گئی تھی جس سے جدور منثقب ہوئے تھے اور ایک ناسوری فتحہ جو کہفۂ معدہ میں کھلتا تھا پیدا ہو گیا تھا۔ اس قسم کے واقعات کی بہترین مثال ایلکسس سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کا مشہور و معروف واقعہ ہے جس پر بہت سے فعلیاتی تجربات کئے گئے تھے۔ اس آدمی میں معدہ کے سامنے کے جدور شکم گولی سے دریدہ ہو گئے تھے۔ معدہ کی مقدم دیوار کے کچھ حصہ میں اغثات واقع ہو گیا تھا اور ایک مستقل ناسور پیدا ہو گیا تھا۔

معدہ پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکی وسعت اور انکا تنوع اس قدر بڑھ گیا ہے کہ اس قسم کی چھوٹی سی کتاب میں ان پر بحث کرنا ناممکن ہے اور مطالعہ کنندہ کو عملیتی جراحی کی کتابوں کو دیکھنے کا مشورہ دینا چاہیئے۔ مگر چند امور کا جو تشریحی نقطۂ نگاہ سے دلچسپ ہیں مختصراً ذکر کیا جا سکتا ہے۔ اگرچہ یہ صحیح ہے کہ معدہ کا صرف ناپوشیدہ حصہ ہی ایک مثلث سے ظاہر

کیا جاسکتا ہے جو دائیں طرف جگر سے اور بائیں طرف آٹھویں اور نویں ضلعی غضروفوں سے اور نیچے کی طرف ایک افقی خط سے جو دسویں ضلعی غضروفوں کے سروں پر سے کھینچا جاتا ہے محدود ہوتا ہے مگر معدہ تک بلاواسطہ رسائی ضروری نہیں ہوتی اور اکثر جراح اس تک دائیں نزد وسطی شگاف میں سے پہنچنے کو ترجیح دیتے ہیں (دیکھو صفحہ 389)۔ اس قسم کے فتحہ میں سے منظر اچھی طرح دکھائی دیتا ہے اور دیوار شکم کو ضرر نہیں پہنچتا۔ ایسے موقعوں پر جو سوائے معدی تفویہ (gastrostomy) کے نسبتاً بہت کم ہوتے ہیں اور جن میں اس حشا کے قلبی سرے تک پہنچنا مقصود ہوتا ہے بایاں نزد وسطی شگاف بنایا جاسکتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کے اندرونی نصف میں ایک چھوٹا سا شگاف دیکر اس میں سے معدہ کی دیوار کی ایک نلی باہر نکال لینے سے معدی تفویہ کا فتحہ بنجاتا ہے، جو عدم استعمال کی حالت میں ایک موثر عضلہ سے محفوظ رہتا ہے۔ قعر معدہ کو ابتدا میں نیچے کی طرف کھینچ لینے سے یہ نلی بنانے میں آسانی ہوجاتی ہے اور اس امر کا یقین بھی ہوجاتا ہے کہ فتحہ اس عضو کے قلبی حصہ میں واقع ہوگا اور بوابی حصہ میں نہیں ہوگا۔

نزد وسطی شگاف سے رسائی حاصل کرنے کے ذریعہ سے دیگر تمام عملیہ جات میں کافی گنجائش مل سکتی ہے جو خواہ ٹانکے لگانے یا استیصال جزوی (excision) یا قرحہ کی کی (cauterization) یا معدی معوی تفویہ (gastro-enterostomy) کی قبیل سے ہوں، اور خواہ جزوی معدہ برآری (partial gastrectomy) (آستین نما استیصال جزوی
439 sleeve-resection: عملیۂ پولیا Polya's operation: بل روتھ Billroth کا اول یا بل روتھ کا دوئم استیصال جزوی) کی کسی قسم سے ہوں۔

معدی معوی تفویہ (gastro-enterostomy) میں بعض غور طلب امور پائے جاتے ہیں جو تشریح سے تعلق رکھتے ہیں۔ معمولی موخر معدی صائمی تفویہ (posterior gastro-jejunostomy) میں ثرب کبیر اور مستعرض قولون اور معدہ شکم سے باہر نکال کر چھاتی پر رکھ دئے جاتے ہیں تاکہ انکی موخر سطحیں جراح کے سامنے آجائیں۔ چنانچہ باریطون کی تین تہیں اسکے سامنے ہوتی ہیں یعنی مستعرض ماساریقائے قولون کی دو تہیں اور خود معدہ کا مصلی طبقہ یا ساریقائے قولون (mesocolon) میں ایک فتحہ بنالیا جاتا ہے اور اس اثنا میں وسطی قولونی شریان اور اسکی شاخوں سے باحتیاط احتراز کیا جاتا ہے اور اس فتحہ میں سے معدہ کا ایک مخروط نکال لیا جاتا ہے

تفمم کے لئے صائم کا مناسب حصہ تلاش کرنے کے لیئے جراح اپنا ایک ہاتھ بائیں نزد جبلی میزاب (parachordal groove) میں پیچھے کی طرف دور تک لے جاتا ہے اور رودہ کے اس حصہ کو پکڑ لیتا ہے جو سب سے دور واقع ہوتا ہے۔ اسکو شکم سے باہر نکالنے کے بعد وہ مندرجہ ذیل امتحانات سے اس امر کا یقین کر سکتا ہے کہ صائم کا بلند ترین ممکن الحصول حصہ اسکے سامنے ہے۔ (ا) اسکو کھینچنے سے رودہ کا اور حصہ باہر نہیں نکلتا۔ (ب) اسکا تعاقب کرنے سے یہ دیکھا جا سکتا ہے کہ یہ اثنا عشری صائمی عوجہ (doudeno-jejunal flexure) سے پیوستہ ہے اور ٹریٹز (Treitz) کے رباط سے تعلق رکھتا ہے (صفحہ 445)۔

آستین نما استیصال جزوی (sleeve resection) میں معدی کبدی اور معدی قولونی ثروب کو کاٹنے اور ان عروق کو باندھنے کے بعد جو انحناؤں کے اس حصہ کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں جس کا کاٹ دینا مقصود ہوتا ہے جسم معدہ کا ایک حصہ علیحدہ کر دیا جاتا ہے اور اسکے بعد کٹے ہوئے سرے ایک دوسرے کے ساتھ ٹانک دئے جاتے ہیں۔

عملیہ پولیا (Polya's operation) میں اثنا عشری کا پہلا حصہ کاٹ دیا جاتا ہے اور اسکا بعدی سرا بند کر دیا جاتا ہے۔ عروق کو باندھنے اور ثروب کو کاٹنے کے بعد معدہ کو اس خط پر کاٹا جاتا ہے جو مری کے دائیں کنارہ کو آگے بڑھانے سے بنتا ہے، اور معدہ کے کھلے سرے اور صائم کی جانب کے درمیان تفمم کر دیا جاتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) کے عملیہ دوئم میں بواب اور معدہ کا کچھ حصہ بھی دور کر دیا جاتا ہے اور دونوں سروں کو بند کر دیا جاتا ہے اور معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunostomy) کا فتحہ بنا لیا جاتا ہے۔ بلروتھ (Billroth) کی اول معدہ برآری میں اسطرح کا استیصال جزوی (resection) عمل میں لایا جاتا ہے اور بڑے معدی فتحہ کا بالائی حصہ بند کر دیا جاتا ہے، اور نیچے کا حصہ اثنا عشری کے کٹے ہوئے سرے 440
کے بالمقابل رکھ کر اس سے ٹانک دیا جاتا ہے۔ اس عملیہ میں کچھ نقائص پائے جاتے ہیں، اور وہ یہ ہیں کہ بعض اوقات کٹے ہوئے سروں کو ایک دوسرے کے قریب لانا مشکل ہوتا ہے، اور اس امر کا یقین کرنا آسان نہیں ہوتا کہ معدہ کا جو حصہ مکمل طور پر دوختہ ہے اور اس حصہ کے مقام اتصال پر جو اثنا عشری سے ملایا گیا ہے، بند کیا گیا ہے آب بند بھی ہے۔ ایک تیسرا اعتراض کہ بعض اوقات معدہ کے زیریں ترین حصہ میں بعد میں ایک راکد حوض بنجاتا ہے اثنا عشری کو

معدہ کے ساتھ ترچھے رخ میں ملانے سے رفع کیا جا سکتا ہے۔

معائے صغیر۔ معائے صغیر کا اوسط **طول** بالغ میں ½۲۲ فٹ ہوتا ہے۔ اسکے انتہائی حدود ۳۰ فٹ اور ۱۵ فٹ ہیں۔ اسکے طول کا انحصار ایک معتدبہ حد تک طولی عضلی طبقہ کے درجہ انقباض پر ہوتا ہے۔ جنین میں مدت حمل کے مکمل ہونے پر معائے صغیر ½۹ فٹ لمبی ہوتی ہے۔ اندازہ سے یہ حساب لگا لیا گیا ہے کہ بالغوں کے رودہ کے پہلے ۸ یا ۹ فٹ معائے صائم (jejunum) سے تعلق رکھتے ہیں اور بقیہ ۱۲ یا ۱۳ فٹ معائے لفائفی سے۔ یہ تقسیم جو صائم اور لفائفی میں کیگئی ہے بالکل فرضی ہے۔ ایسا کوئی مقام نہیں جسکے متعلق یہ کہا جا سکے کہ یہاں صائم ختم اور لفائفی شروع ہوتی ہے۔ جب امعائے صغیر حادثہ یا دوران عملیہ میں معرا ہو جاتے ہیں تو بالائی حصہ کو زیرین حصہ سے خاصکر اس حالت میں تمیز کرنا جبکہ مرض شکم موجود ہو مشکل ہوتا ہے۔ مگر یہ معلوم کیا جا سکتا ہے کہ صائم لفائفی سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے (اسکا قطر لفائفی کے قطر سے ½ انچ زیادہ ہوتا ہے) اور اسکے طبقات زیادہ موٹے اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ اگر رودہ خالی ہو اور روشنی کے سامنے رکھکر نیم شفاف بنایا جا سکتا ہو، تو ثنیات مستدیرہ (valvulæ conniventes) کے خطوط بخوبی دکھائی دے سکتے ہیں۔ یہ شکن صائم میں بڑے بڑے اور کثیر التعداد ہوتے ہیں مگر لفائفی کے بالائی حصہ میں جا کر چھوٹے اور قلیل التعداد ہو جاتے ہیں اور اسکے زیرین ایک تہائی حصہ میں موجود نہیں ہوتے۔

معائے صغیر کی گنڈلیوں کا محل شکم میں مستقل نہیں ہوتا۔ جنین میں اور خارج الرحم
زندگی کے نہایت ابتدائی حصہ میں معائے صغیر کا زیادہ تر حصہ خط وسطی کی بائیں جانب پر 441
ہوتا ہے۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ جگر نسبتاً عظیم الجسامت ہوتا ہے اور اسکے وزن کے لئے معائے صغیر ایک وزن مقابل کا کام دیتی ہے۔ بالغ اجسام میں سے اکثر میں معائے صغیر بائیں جانب سے دائیں جانب کو بے قاعدہ اور خمیدہ طور پر مرتب ہوتی ہے۔ رودہ اثنا عشری سے شروع ہوتا ہے اور پہلے بر معدی اور سری خطوں کی بائیں جانب کے منفصلہ حصوں میں واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد گنڈلیاں بائیں مراقی اور قطنی خطوں کے کچھ حصہ کو پر کرتی ہیں اور پھر بالعموم حوض میں سے ہو کر بائیں حرقفی خطہ میں از سر نو آجاتی ہیں اور اسکے بعد زیر معدی، زیرین سری، دائیں قطنی اور دائیں

حرقفی خطوں کو بالترتیب پُر کرتی ہیں۔ دائیں حرقفی خطہ میں پہنچنے سے پیشتر یہ عام طور پر ایک مرتبہ اور حوض میں چلی جاتی ہیں۔

جو گنڈلیاں حوض میں پائی جاتی ہیں وہ اسلئے بہت اہم ہیں کہ حوضی التہاب باریطون میں انکے ماؤف اور منضم ہونے اور نیز فتق سادا ور فتق نسائی اور فتق حیائی میں انکے بروز کر آنے کا احتمال ہوتا ہے۔ جنینی حوض میں معائے صغیر کا کوئی حصہ واقع نہیں ہوتا۔ معا کی جو مقدار بالغوں میں حوض میں پائی جاتی ہے اسکا انحصار زیادہ تر مثانہ اور معائے مستقیم کے تمدد اور حوضی قولون کی وضع پر ہوتا ہے۔ اس محل میں جو گنڈلیاں نہایت کثرت سے پائی جاتی ہیں وہ لفائفی کے انتہائی حصہ اور امعاء کے اس حصہ سے ہوتی ہیں جسکی ماساریقا کے طویل ترین ہونے کے متعلق پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے (صفحہ 421)۔ امعاء کا جو حصہ اُربی اور حرقفی فتوق میں نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ لفائفی ہے۔ مزید برآں تخنیق کے واقعات میں بھی یہ حصہ اندرونی بندوں اور ماساریقا کے سوراخوں وغیرہ سے نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے۔

معائے صغیر کے کسی حصہ کے قطریہ کا انحصار زیادہ تر اسکی عضلی دیوار کی حالت پر ہوتا ہے۔ جب یہ نلی خالی ہوتی ہے تو بعض اوقات بہت منقبض ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے رودہ کے کسی چنبر کے یا چنبر کے کسی حصہ کے عضلی طبقات میں مستقل انقباض یا معوی تشنج کی ایک حالت پیدا ہوجاتی ہے جس سے معوی تسدد (intestinal obstruction) واقع ہوجاتا ہے یا اس قسم کا نتیجہ اسکی برعکس حالت (شلل کی حالت) سے بھی پیدا ہوسکتا ہے۔ اگر معاء کے استیصال جزوی کے دوران میں کسی حصہ کو ضرر پہنچ جائے یا وہ کاٹ دیا جائے (جیسا کہ بعض اوقات ضروری ہوتا ہے) یا وہ مختص المقام التہاب یا التہاب باریطون سے ماؤف ہوجائے تو اس میں 442
شلل کی ایک حالت (ہینڈلے کا شللی ایلیئس :paralytic ileus of Handley) نمودار ہوجاتی ہے اور اسلئے یہ غذائی مشمولات کو آگے نہیں گذار سکتا جو بدیں وجہ جمع ہوجاتے ہیں اور رودہ کے اس قطعہ کو جو محل ضرر یا التہاب باریطون کی قربی جانب پر واقع ہوتا ہے ممتدد کر دیتے ہیں۔

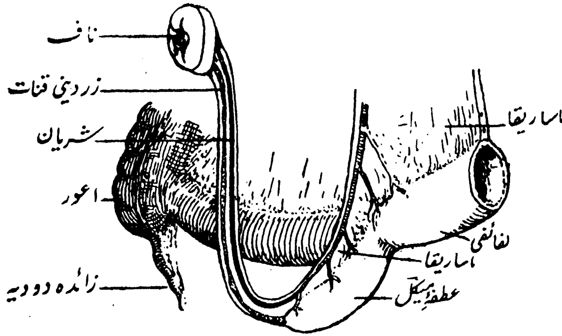
اگرچہ امعائے صغیر تصرر کے لئے خاص طور پر منکشف ہوتے ہیں مگر اپنی لچک اور اس

آسانی سے جس سے انکی گنڈلیاں دباؤ کے اثر سے بچنے کے لیئے ایک دوسرے پر پھیل جاتی ہیں، یہ کونفگیوں کی اس قسم کے ضربات کے اثر سے بخوبی مامون ہوتے ہیں۔ معائے صغیر کے چھوٹے سے کچوکے دار زخم سے تو لون کے اسی قسم کے زخم کی نسبت التہاب باریطون کے پیدا ہونے کا امکان کم ہوتا ہے، کیونکہ قبل الذکر کے مشمولات میں نہ صرف مرض عضویہ جات ہی کم پائے جاتے ہیں بلکہ اسکے عضلی طبقہ کا انقباض چھوٹے سے فتحہ کو بند بھی کر دیتا ہے۔ لہذا تمدد عظیم کی حالتوں میں کسی خراب نتیجہ کے پیدا ہونیکے بغیر گیس کو نکالنے کے لیئے معائے صغیر میں باریک شعری ہنزل سے بہت سے مقامات پر بکثرت کچوکے لگائے جاسکتے ہیں، خاصکر جبکہ ان چھوٹے چھوٹے فتحات کو سی کر بند کر دیا جائے۔ اگر زخم ذرا بڑا ہو تو ڈھیلی ڈھالی غشائے مخاطی زخم میں سے منقلب ہو جاتی ہے یا بروز کر آتی ہے اور اس میں ایک موثر طریقہ سے ڈاٹ لگا دیتی ہے۔ گروس (Gross) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ معائے صغیر کا ایک ½ ۲ سوت طولی شگاف عضلی انقباض سے فوراً ¾ ۱ انچ لمبے زخم میں تبدیل ہو گیا تھا اور اس انقباض کے علاوہ غشائے مخاطی کے انقلاب نے اس فتحہ کو مکمل طور پر مختوم کر دیا تھا۔ معا میں — مثلاً صائم میں — جو فتحہ موزر (Mauser) کی گولی کے داخل ہونے سے بنتا ہے اس میں سے بھی بعض اوقات مشمولات خارج نہیں ہوتے۔ رودہ کا منقبض خالی ٹکڑا متمدد ہو کر تقریباً دوچند لمبا ہو جاتا ہے۔

عضل کی مدورہ میں زیادہ قوت موجود ہونے کی وجہ سے طولی زخم مستعرض زخم کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتا ہے، اور صائم کے زخم اس کے زیادہ عضلی نمو کے باعث لفائفی کے زخموں
کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتے ہیں۔ جب مستعرض زخم رودہ کے آزاد کنارہ پر لگتے ہیں تو یہ 443
نہایت ہی کشادہ لب ہوتے ہیں کیونکہ اس جگہ طولی عضلی ریشہ جات نہایت ہی موٹے ہوتے ہیں۔

عطفۂ میکل (Meckel's diverticulum) - لفائفی کے اختتام سے لیکر ۴ فٹ کے فاصلہ پر بعض اوقات ایک عطفہ (میکل کا :Meckel's) دکھائی دیتا ہے (شکل ۹۸) جو زردینی معوی قنات (vitello-intestinal duct) کے آثار کو ظاہر کرتا ہے (صفحہ 386)۔ جن اجسام کا امتحان کیا جاتا ہے انمیں سے ۲ فیصدی میں اسکے پائے جانے کی توقع ہوتی ہے۔ اس عطفہ کی ساخت بالعموم وہی ہوتی ہے جو معا کی ہوتی ہے۔ اسکا طول مختلف ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ ایک منفتح نلی کی شکل میں ناف تک چلا جاتا ہے ۔ یہ اکثر چند انچ ہی لمبا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ آزاد مخروطی یا گلوبچی انتہا پر لیفی حبل کی شکل میں ختم ہوجاتا ہے ۔ یہ عطفہ بہت سے طریقوں سے معوی تسدد پیدا کرسکتا ہے ۔ بعض اوقات اسکا سرا انضمامات پیدا کرلیتا ہے اور اسطرح جو پُل بنجاتا ہے اسکے نیچے رودہ کا ایک چنبر مخنوق ہوجاتا ہے ۔ بعض اوقات یہ معا کے ٹکڑے پر لپیٹ کر ایک گرہ بنا دیتا ہے ۔ ایک سے زائد واقعہ میں یہ خارجی فتق میں بھی پایا گیا ہے



شکل ۹۸ عطفۂ میکل، زردینی معوی قنات کے آثار اور تاجیۂ زردی کو جانے والی شریان کو ظاہر کرتی ہے ۔

444 رودہ کا دروںنہ عطفہ کے محل پر یا اسکے قریب ہی اکثر معتد بہ طور پر کم ہوجاتا ہے، اور اس بچاؤ پر انغماد معوی پیدا ہوسکتا ہے ۔

اگر یہ قنات مکمل ہو تو ناف پر ختم ہوجاتی ہے (شکل ۹۸) ۔ تاجیۂ زردی کی شریان بعض اوقات برقرار بھی رہتی ہے اور لفائفی کی ماساریقا اور ناف کے درمیان ایک حبل کی شکل اختیار کرلیتی ہے اور اسکے اوپر امعاء کا ایک چنبر مخنوق ہوسکتا ہے ۔ بعض اوقات ایک چھوٹی سی جس لفائفی کی ماساریقا سے لیکر اس عطفہ کے قعر تک جاتی ہے، اور اسکے اور عطفہ کے

درمیان رودہ کا ایک ڈگبا پھنس سکتا ہے۔ اس قسم کی جبل بین طریقوں سے پیدا ہو سکتی ہے۔ (۱) ناچہ زردی کی شریان کے قریبی حصہ سے۔ (۲) اس ماساریقا کے آزاد کنارہ سے جو بعض اوقات عطفہ کے لئے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عطفہ کے راس اور اسکی ماساریقا کے درمیان کے التہابی انضمام کے تطول سے۔

اثنا عشری (doudenum) اور اثنا عشری صائمی حفرہ

(fossa duodeno-jejunalis) اثنا عشری کا پہلا حصہ تقریباً افقی ہوتا ہے۔ یہ تقریباً ۲ انچ لمبا ہوتا ہے اور بواب سے شروع ہوکر پیچھے کی طرف کو دائیں گردہ کے اوپر کے سرے کے قریب تک جاتا ہے۔ **دوسرا حصہ** تقریباً ۳ انچ لمبا ہوتا ہے اور یہ دائیں گردہ کے اندرونی کنارہ کے سامنے سے عموداً نیچے کی طرف کو تیسرے قطنی فقرہ کے لیول تک آتا ہے۔ **تیسرا حصہ** تقریباً ۵ انچ لمبا ہوتا ہے۔ یہ تیسرے فقرہ کے سامنے سے دائیں طرف سے بائیں طرف کو گزرتا ہے اور پھر بائیں عضلہ خصریہ (psoas muscle) کی سطح پر کچھ فاصلہ تک اوپر کیطرف کو جاکر دوسرے قطنی فقرہ کی بائیں جانب پر صائم میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۲ صفحہ 424)۔ تیسرے درجہ کے انضمام کے قریب ایک عاصری بچاؤ بالعموم پایا جاتا ہے۔

باریطون پہلے حصہ کو جو حرکت پذیر ہوتا ہے اسی طرح محصور کرتا ہے جسطرح کہ معدہ کو۔ یہ دوسرے حصہ کو سوائے اس مقام کے جہاں قولون مستعرض اسکو عبور کرتی ہے صرف سامنے کی جانب سے ہی پوشیدہ کرتا ہے۔ مزید برآں تیسرے حصہ کی صرف مقدم جانب پر بھی باریطون لگا ہوتا ہے مگر جہاں فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) عروق اسکو عبور کرتے ہیں وہاں یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

445 اثنا عشری کا سرا یعنی **اثنا عشری صائمی خم** (duodeno-jejunal bend) لیفی عضلی بافت کے ایک بند سے جو ڈایافرام کی دائیں ساق سے نیچے کی طرف کو راس تک آتا ہے اور شکمی محور (cœliac axis) کے قرب وجوار کی بافت کے ذریعہ سے اپنی جگہ پر محکم رہتا ہے۔ یہ بند بعض اوقات **اثنا عشری کا تعلیقی عضلہ** (suspensory muscle of duodenum) کہلاتا ہے (ٹریٹز: Tretz)۔ مزید برآں یہ ماساریقا کو سہارا دینے کا کام بھی دیتا ہے۔

غددِ برونر (Brunner's glands) اثنا عشری کے پہلے درجہ میں پائے جاتے ہیں۔ انکا افرازروده کے اس حصہ کو غالباً ترشئی کیموس سے محفوظ رکھنا ہے جسکی تعدیل صرف دوسرے درجہ تک پہنچنے پر ہی ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے پہلے درجہ میں شائد اسکے مشمولات کی نوعیت کی وجہ سے بہت کثرت سے تقرح پیدا ہوتا ہے۔ ۹۰ فیصدی سے زیادہ اثنا عشری قروح پہلے درجہ میں واقع ہوتے ہیں (کولن: Collin)۔ بعض اوقات یہ قرحہ دیوار کو منثقب کردیتا ہے اور مشمولات نکلکر زیرکبدی فضا میں چلے جاتے ہیں۔ یا اردگرد کے اعضا یعنی مرارہ، جگر، لبلبہ کے سر، دائیں گردہ یا قولون کے کبدی عوجہ کے ساتھ انضمامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

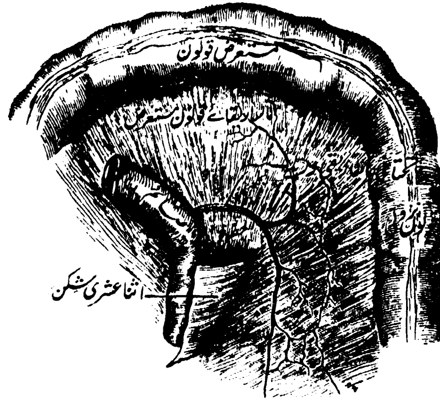
استرخائے احشاء میں لبلبہ کی گردن اور اثنا عشری صائمی خم ہی وہ حصے ہوتے ہیں جن میں سب سے کم غیروضعیت واقع ہوتی ہے، کیونکہ موخر دیوار سے بطنی محور (cœliac axis) اور فوقانی ماساریقی شریان کے مبدا کے اردگرد کی لیفی بافت سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اثنا عشری کے تمام حصوں میں چوٹ سے انشقاق واقع ہوچکا ہے۔ چونکہ امعاء کے اس حصہ کا ایک بڑا حصہ غیرباریطونی ہوتا ہے، اسلئے اگر اس تک پیچھے سے رسائی کیجائے تو یہ باریطون کے کھلنے کے بغیر ہی مجروح ہوسکتا ہے۔

جہاں مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) اثنا عشری کے عضلی طبقہ کو منثقب کرتی ہے وہاں اکثر اوقات **غشائے مخاطی** کے چھوٹے چھوٹے عطفات بنجاتے ہیں۔ یہ اکثر اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ انگشت اشاریہ کا پہلا جوڑ انمیں داخل ہوسکتا ہے اور احشاء کے استرخاء میں یہ خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ نوزائیدہ میں مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کے داخل ہونے کے مقام کے عین اوپر بعض اوقات **اثنا عشری کی مکمل مسدودی** پائی جاتی ہے۔

اثنا عشری کے انتہائی حصہ کی بائیں جانب پر **اثنا عشری صائمی حفرہ**

446 (duodeno-jejunal fossa) ہوتا ہے۔ طبعی طور پر یہ اثنا عشری کے انتہائی حصہ کے انحداب سے سکون یا پُر ہوتا ہے جسکے لئے یہ ایک درجک کا کام دیتا ہے۔ اس کا اوپر کا ہلال یا کنارہ تعلیقی رباط یا شکن سے بنتا ہے اور اسکا نیچے کا ہلال ایک دوسرے شکن (اثنا عشری شکن)

سے بنتا ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ صرف اس وقت ہی دکھائی دیتا ہے جبکہ اثنا عشری کو اپنی جگہ سے مصنوعی طور پر ہٹا دیا جائے۔ تحتانی ماساریقی ورید اس پاکٹ کی بائیں کور کے قریب سے اوپر کو چڑھتی ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ ماساریقا کے اور ماساریقائے قولون کے (mesocolic) اور ماساریقائے معدہ کے (mesogastric) فتوق یا پس باریطونی فتوق کا تشریحی سبب ہوتا ہے۔ صائم کا ابتدائی حصہ اس حفرہ میں جا کر اسکو دباتا ہے اور اسکے کہفہ کو کلاں کر دیتا ہے اور انجام کار باریطون کو اسکی موخر چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دیتا ہے۔



شکل ۹۹ - اثنا عشری صائمی حفرہ۔

یہ بعض اوقات مندرجہ ذیل ایک سمت یا تینوں سمتوں میں پھیل جاتا ہے:- دائیں جانب کو اثنا عشری کے پیچھے۔ بائیں جانب کو تحتانی ماساریقی ورید کے پیچھے۔ یا اوپر کی طرف کو تعلیقی رباط اور مستعرض ماساریقائے قولون کی جڑ کے پیچھے۔ اس بڑھتی ہوئی جیب میں معائے صغیر بتدریج داخل ہوتی جاتی ہے حتیٰ کہ جیسا کہ اُس ایک واقعہ میں تھا جسکی اطلاع سر ایسٹلے کوپر
447 (Sir Astley Cooper) نے دی تھی اور بہت سے دوسرے واقعات میں بھی پایا گیا ہے۔

تقریباً تمام کی تمام معائے صغیر ایک عظیم الجسامت وسطی پس باریطونی تاچہ میں موجود پائی جاسکتی ہے، جسکا منہ اثنا عشری معائی حفرہ کا دہنہ ہوتا ہے۔ اثنا عشری اس تاچہ میں داخل ہوتی ہوئی اور لفائفی کا سرا اس سے باہر نکلتا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔ یہ تاچہ بائیں جانب پر عام طور پر نیچے کی طرف کو پھیلا ہوتا ہے اور بعض اوقات عجز کے طنف (promontory) تک پہنچ جاتا ہے۔ اس قسم کے فتق میں تسدد کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

عملیہ جات جو معائے صغیر پر کئے جاتے ہیں۔ معائشگافی

(enterotomy) معائے صغیر کو کسی ایسے تسدد کے اوپر سے کھولنے کا عملیہ ہے جسکے مہلک ثابت ہونے کا خطرہ ہو یا جو رفع نہ کیا جاسکتا ہو تسدد سے اوپر رودہ کا ایک ڈگیا زخم شکم سے ٹانک کر کھول دیا جاتا ہے۔ مزید برآں معائے صغیر منفرز اجسام غریبہ اور بڑے بڑے مراری سنگریزوں کو دور کرنے کے لئے بھی کھولی جاچکی ہے۔ ایسی حالتوں میں معوی زخم جلد بعد بند کردیا جاتا ہے۔

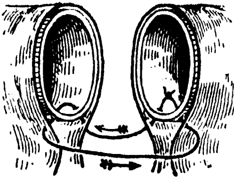
معابرآری (enterectomy) یا معائے صغیر کے حصوں کا جزوی استیصال جو ۶ یا ۸ فٹ تک بھی لمبے ہوتے ہیں تضیق (stricture) اور نوساخت (neoplasm) اور گنگرین کے لئے بآسانی کیا جاسکتا ہے۔ یا ضرر سے اوپر کی معا کا اسکے نیچے کی معا سے تفمم کرنے سے **دور قصیر** (short circuit) بنایا جاسکتا ہے۔ معابرآری کے بعد عام طور پر سرے کا سرے کے ساتھ بآسانی اتصال پیدا کیا جاسکتا ہے۔ گو گاہے گاہے جبکہ ایک سرے کا قطریہ دوسرے سرے کے قطریہ سے بہت بڑا ہو سروں کو بند کرنے کے بعد جانبی تفمم زیادہ محفوظ اور زیادہ آسان ہوتا ہے۔ اگر مقابل کے سروں کے تفمم کے بعد تراوش شروع ہو جائے تو بالعموم ماساریقی کنارہ سے ہوتی ہے۔ اور اسکی وجہ یہ ہے کہ ماساریقا کی دونوں تہیں معا کے نزدیک پہنچتے ہی منفرج ہو جاتی ہیں، اور اسلئے انکے درمیان ایک مثلث فضارہ جاتی ہے جسکا قاعدہ جو عرض میں اوسطاً ۱/۱۶ انچ ہوتا ہے ناپوشیدہ عضلی بافت سے بنا ہوتا ہے لہذا ماساریقی چسپیدگی پر عضلی طبقہ میں احتیاط سے ٹانکے لگانا لازمی ہے۔ ایک سادہ دوخت جو کٹے ہوئے معوی سروں کے ماساریقی کناروں کو قریب کردیتی ہے اور ساتھ ہی اس

مصلی مثلث کو بند کر دیتی ہے شکل ۱۰۰ میں ظاہر کیگئی ہے۔

448

لفائفی اعوری خطہ

(ileo-cæcal region) (شکل ۱۰۱) اعور اور زائدہ کا درجۂ نمو پستانیوں کے انواع اور انکی عمر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ آدمی اور گوشت خوار جانوروں میں یہ متوسط ہوتا ہے لیکن نبات خوار جانوروں میں اعور بہت بڑی ہوتی ہے۔ اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ غذا کے تصفیہ اور انجذاب کے لئے ایک خزانہ کا کام دیتی ہے۔ زائدہ جو اعور کا ایک مختص حصہ ہے نوزائیدہ بچہ میں بھی اتنا ہی نمو یافتہ ہوتا ہے جتنا کہ بشر آسا قرود کے بچوں میں۔ انسانی جنین میں یہ صرف اعور کے تنگ سرے کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ جنینی قسم کی اعور جو بہت ممیز طور پر مخروطی ہوتی ہے بعض اوقات تمام زندگی میں برقرار رہتی ہے۔ جوں جوں سن بلوغ نزدیک آتا ہے انسانوں کی ایک کثیر تعداد میں زائدہ کا رجحان چھوٹے اور مذبول ہونے کیطرف ہوتا جاتا ہے اور اسکی وجہ شائد یہ ہے کہ ہماری موجودہ غذا اسکی فعالیت کی صرف ایک خفیف سی حد تک ہی طلبگار ہوتی ہے۔



شکل ۱۰۰۔ سرے کے سرے کے ساتھ تغمم میں جو دو ختن لگائی جاتی ہے

اعور (cæcum) قولون کا وہ حصہ ہے جو لفائفی کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے بالغ نعش میں اعور کا اوسط عرض ۳ انچ ہوتا ہے اور اسکا اوسط طول (انتصابی پیمائش) ½۲ انچ ہوتا ہے۔ زندہ اجسام میں اسکی شکل اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت کے مطابق مسلسل بدلتی رہتی ہے۔

اعور میں طبعی طور پر گیس موجود ہوتی ہے اور اسکے قرعہ پر بلند طبلی آواز نکلتی ہے۔ گلینارڈ (Glenard) نے یہ معلوم کیا ہے کہ استرخائے احشاء میں یہ اکثر منقبض تھا اور جس کرنے پر اسکی بستگی کلما (sausage) کی سی تھی۔

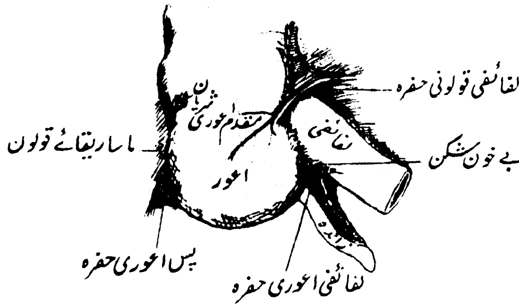
اعور بالعموم دائیں حرقفی حفرہ میں قیام پذیر ہوتی ہے اور یہ اسطرح واقع ہوئی

ہے کہ اسکا راس اُس نقطہ کا متناظر ہوتا ہے جو رباط اربی کے نقطۂ وسطی سے ذرا اندر کی طرف مقرر کیا جائے۔ جب یہ گیس یا برازی مشمولات سے متمدد ہوتی ہے تو تمام دائیں حرقفی حفرہ کو گھیرے ہوتی ہے۔ لفائفی اعوری دہنہ شو کی سُرّی خط کے عین نیچے اور نقطہ مونرو (Monro) کے 449 باہر کیطرف واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ خفیف سی متمدد اعور جس کا محل اس طریقہ سے معلوم کر لیا گیا ہو ران کو شکم پر خمیدہ کرنے سے خالی کیجا سکتی ہے۔ حرکت پذیر اعور بعض اوقات حوض کی کگر پر معلق ہوتی ہے، یا حوض کو گھیرے ہوتی ہے، اور بعض اوقات بائیں جانب کے اربی فتق میں بھی نکل آتی ہے۔ اعور کی حرکت پذیری کی شناخت عمیق جس سے کیجا سکتی ہے جبکہ یہ بیریئم دار غذا سے پُر ہو اور لاشعاعوں سے اسکا امتحان کیا جا رہا ہو۔

اعور باریطون سے بتمامہ محصور ہوتی ہے، گو اسکی موخر سطح کا کچھ حصہ گاہے گاہے حرقفی حفرہ کی فضائی بافت سے بھی تعلق رکھتا ہے۔ باریطون عام طور پر قولونِ صعودی کی ابتدا سے موخر جدور پر حرقفی عرف کے لبول سے نیچے معکوس ہوتا ہے۔

اعور میں تین قسم کی حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ (۱) بلونے کی حرکت جو کھانا کھانے کے بعد ایک گھنٹہ کے اندر اندر شروع ہوتی ہوئی دیکھی گئی ہے۔ (۲) ضد حرکتِ دودی حرکات جو قولون میں شروع ہوتی ہیں اور اعور میں ختم ہوتی ہیں (دیکھو صفحہ 430)۔ (۳) دافع یا خالی کرنے والی حرکات۔ جب براز مستعرض قولون میں پہنچتا ہے تو پانی جذب ہو جاتا ہے، اور سکی بستگی ٹھوس ہو جاتی ہے۔ اعور اکثر دائیں جانب کے اربی یا فخذی فتق میں پائی جاتی ہے (اعوری فتق)۔ ایسے فتوق کا سوائے چند نادر الوقوع مثالوں کے ایک مناسب اور مکمل باریطونی تاچہ ہوتا ہے۔ جو اجسامِ غریبہ نگل لئے جاتے ہیں انکے اعور میں ٹھہر جانے کا بہت امکان ہوتا ہے اور یہ اس محل میں تقرح اور نیز انثقاب بھی پیدا کر دیتے ہیں جس سے ایک قسم کا التہاب اعور (typhlitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برازی احتباس کی حالتوں میں بھی برازی مادہ کا عظیم ترین اجتماع اکثر اعور ہی میں پایا جاتا ہے، اور جب تمدد انتہا تک پہنچ جاتا ہے تو امعاء کے اس حصہ پر ہی عام طور پر سب سے زیادہ بار پڑتا ہے۔ اعور کی غشائے مخاطی میں خاصکر لفائفی اعوری دہنہ کے قریب مجرد جراب کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اس حصہ میں معوی کنکریاں بھی اکثر پائی جاتی ہیں۔

450 **لفائفی اعوری عاصرہ** (ileo-cæcal لفائفی اعوری دہنہ ایک عضلی عاصرہ
sphincter: سے محفوظ ہوتا ہے۔ اسکی تعصیب نظام مشارکی سے ہوتی ہے، اور لفائفی سے جو کیموس آتا ہے اسکے بہاؤ کو یہ منظم کرتا ہے (ٹی۔ آر۔ ایلیٹ T. R. Elliot؛ اور بی سمتھ B. Smith:) سر ولیم میکیون (Sir William Macewen) نے ایک سپاہی میں جسمیں بندوق کی گولی سے ایک عو بغض اعوری ناسور پیدا ہوگیا تھا اسکو اپنا فعل کرتے ہوئے دیکھا ہے مزید برآں اسی مشاہد نے زائدہ دودیہ کے منھ سے جو لفائفی اعوری دہنہ سے تقریباً ایک انچ

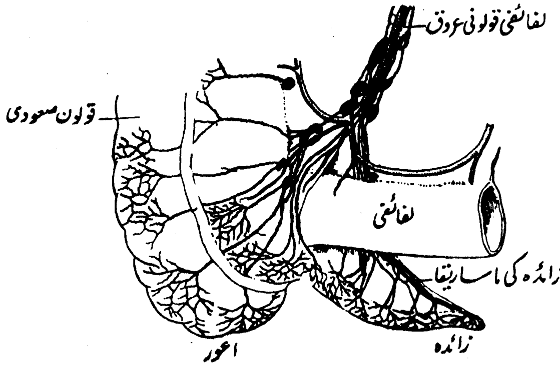


شکل ۱۰۱۔ لفائفی اعوری خطہ کے باریطونی حفرہ جات۔

نیچے واقع ہوتا ہے ایک افراز نکلتے دیکھا ہے۔ بعض حالتوں میں جیسا کہ ڈاکٹر جیمز کیس (Dr. James Case) نے سب سے پہلے معلوم کیا تھا لفائفی اعوری عاصرہ کو منظم کرنے والے معکوسات اپنا فعل چھوڑ دیتے ہیں، اور یہ دہنہ عدیم المقدرت رہ جاتا ہے جس سے اعور کے مشمولات لفائفی میں واپس آجاتے ہیں۔

زائدہ (appendix) کا طول مختلف ہوتا ہے۔ اسکی اوسط پیمائش بالغ میں ۴ انچ ہوتی ہے۔ اسکے طول کے حدود ۱ انچ اور ۶ انچ ہیں۔ اسکا محل مسلسل بدلتا رہتا ہے

گو اپنی طبعی حالت میں یہ عام طور پر لفائفی کے سرے اور اسی ماساریقا کے پیچھے پڑا ہوا، اور طحال کی طرف اشارہ کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ اکثر اعور کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ صعودی ماساریقائے قولون میں مدفون پایا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جنینی زندگی کے آخری مہینوں میں جبکہ اعور جگر کے قرب و جوار سے دائیں حرقفی حفرہ میں منتقل ہو جاتی ہے زائدہ دب کر اعور کے پیچھے چلا جاتا ہے، اور ماساریقائے قولون میں پھنس جاتا ہے۔ گاہے گاہے یہ دائیں یا بائیں 451
اربی فتق میں بھی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات زائدہ حوض میں معلق ہوتا ہے، اور التہابی حالتوں میں



شکل ۱۰۲۔ اعور، زائدہ اور قولون کے عروقِ لمف کا ممر۔
(جیمیسن: Jamieson اور ڈوبسن: Dobson کے مطابق۔)

یہ مبیض یا دوسری حوضی ساختوں سے انضمامات پیدا کر لیتا ہے۔ ملتہب زائدہ جگر اور دائیں گردہ یا حالب سے یا بائیں حرقفی حفرہ کے اندر کی ساختوں سے منضم ہو سکتا ہے۔ یا اس کی نوک قرب و جوار کی باریطونی سطح سے چپک سکتی ہے، اور اسطرح ایک "بند" بنجاتا ہے جس کے نیچے معائے صغیر کا ایک ٹکڑا مخنوق ہو سکتا ہے۔

زائدہ کی ماساریقا (شکل ۱۰۲) جس میں لفائفی قولونی (ileo-colic) شریان سے حاصل شدہ ایک شریان موجود ہوتی ہے بعض اوقات اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس سے زائدہ پر بل پڑ جاتے ہیں۔

اس کے مخاطی استر میں مجر دلمف آسا جرابات (lymphoid follicles) اس افراط سے پائے جاتے ہیں کہ اسکا درونہ تقریباً بند ہو جاتا ہے۔ دوسری لمف آسا ساختوں کیطرح 452
یہ جرابات سن بلوغ کے آنے کے جلد بعد ہی مذبول ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ التہاب زائدہ (appendicitis) کی بعض قسموں میں یہ جرابات ماؤف ہو جاتے ہیں۔

جو شعاع نگارشیں بیریم (barium) دار غذا دینے کے بعد لیجاتی ہیں ان میں زائدہ کا سایہ بالعموم شناخت کیا جا سکتا ہے [۴۰ فیصدی افراد میں بار کلے (Barclay)۔ ۸۰ فی صدی میں کیس (Case)] زائدہ کا سایہ لینے سے پیشتر بعض اوقات اعور کا جس کرنا اور اسکو اپنی جگہ سے ہٹا دینا ضروری ہوتا ہے۔ بقیہ غذائی خط کیطرح اسکے عضلی نظام میں بھی متوازن حرکت دودی آہستہ آہستہ واقع ہوتی رہتی ہے، جسکی وجہ سے اگر درونہ بھی منفتح ہو تو اعوری مشمولات آہستہ آہستہ داخل اور خارج ہوتے رہتے ہیں۔ اس کا فعل ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔

اعورا ور زائدہ کے عروق لمف (شکل ۱۰۲)۔ چونکہ زائدہ کے التہاب میں سرائت خاصکر اسکے عروق لمف سے پھیلتی ہے، اسلئے اس نظام کی ترتیب جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہے۔ غذائی قنال کے دوسرے حصوں کیطرح عروق لمف کے تین ضفیرے ہوتے ہیں۔ (۱) زیر مخاطی جو غشائے مخاطی سے لمف وصول کرتے ہیں۔ (۲) ایک بین عضلی ضفیرہ۔ (۳) ایک زیر مصلی ضفیرہ۔ ان تینوں میں انتہائی ربط وراہ موجود ہوتا ہے۔ لمف آسا جرابات پر مخاطی لمفی فضاؤں میں واقع ہوتے ہیں۔ عضلی طبقہ میں کچھ وقفوں پر زیر مخاطی اور زیر مصلی ضفیروں میں بلا واسطہ تسلسل موجود ہوتا ہے۔ لہذا باریطونی طبقہ تک سرائت بآسانی پھیل سکتی ہے اور اس سے التہاب باریطون (peritonitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برآر عروق کی زیادہ تعداد ماساریقائے زائدہ میں جاتی ہے، جہاں بعض اوقات ایک یا زائد غدد واقع ہوتے ہیں۔ مگر اکثر برآر عروق

غدد کے لفائفی قولونی گروہ میں جاتے ہیں جو لفائفی قولونی زاویہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۲)۔
یہ گروہ اعور کے مقدم حصہ اور زائدہ کے قاعدہ سے بھی اُن عروق کے ذریعہ سے لمف وصول کرتا ہے جو
مقدم قولونی شکم بن سے گذرتے ہیں۔ اعور کی موخر جانب سے جو عروق آتے ہیں وہ بھی لفائفی
قولونی گروہ میں مل جاتے ہیں۔ یہ عروق حرقفی یا قطنی خطوں کے عروق لمف سے ربط و راہ نہیں
رکھتے (جیمیسن :Jamieson اور ڈوبسن :Dobson)۔ جو عروق غدد کے لفائفی قولونی
گروہ سے نکلتے ہیں وہ معائے صغیرا ور قولون صعودی کے برآر عروق سے مل جاتے ہیں اور اُن
غدد میں جاکر داخل ہوتے ہیں جو فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) شریان کے
ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ 453

انغماد معوی (intussusception) لفائفی اعوری خط میں نہایت کثرت
سے واقع ہوتا ہے۔ اس حالت میں معا کا ایک حصہ ساتھ کے حصہ کے درونہ میں سقوط یافتہ
ہو جاتا ہے یعنی "دوربین کی اندرونی نالی کی طرح گھس جاتا ہے"۔ لفائفی اعوری قسم میں (جو
عام ترین قسم ہے) تنگ لفائفی اور اسکے بعد اعور بھی قولون میں سقوط یافتہ ہو جاتی ہے۔
لفائفی اعوری دہنہ سے اس بروز یا انغماد معوی کی چوٹی بنتی ہے۔ لفائفی قولونی قسم میں (جو
ایک نادر الوقوع قسم ہے) لفائفی کا سرا مصراع میں سے مسقوط ہو جاتا ہے۔ یہ دہنہ اور اعور
اپنے اپنے طبعی محل پر رہتے ہیں اور انغماد معوی کی چوٹی صرف لفائفی ہی سے بنتی ہے۔ ایک اور
قسم میں جو کثیر الوقوع ہے انغماد معوی کا راس منغمد اعور کے قعر سے بنتا ہے۔

ایسے تین **باریطونی حفرہ جات** کافی مستقل طور پر پائے جاتے ہیں جن میں لفائفی
اعوری خطہ کا فتق بعض اوقات واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۱)۔ اور وہ یہ ہیں :- (۱) لفائفی قولونی
جو قولون صعودی اور لفائفی کی انتہا کے درمیان واقع ہوتا ہے ــــ یہ اوپر کی طرف ایک شکن
سے محدود ہوتا ہے جس میں مقدم اعوری شریان موجود ہوتی ہے۔ (۲) لفائفی اعوری حفرہ جو
لفائفی کی انتہا اور اعور کے درمیان واقع ہوتا ہے ــــ یہ سامنے کی طرف بے خون کے (لفائفی اعوری)
شکن سے اور پیچھے کی طرف ماساریقا اور زائدہ سے محدود ہوتا ہے۔ (۳) پس اعوری حفرہ جو

اعور کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہ دائیں جانب پر صعودی یا ساریقائے قولون کے نیچے کے سرے سے محدود ہوتا ہے۔

غذائی نلی کے مشمولات کے سفر کی رفتار۔ زندہ انسان کی غذائی قنال میں بریم (barium) یا بسمتھ (bismuth) دار غذا کی حرکات کا مطالعہ کرنے سے اس خیال میں معتدبہ تبدیلی واقع ہوجاتی ہے جو اس حصہ کا مردہ میں امتحان کرنے سے امعاء کے متعلق قائم ہوجاتا ہے۔ یہاں جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ زیادہ تر ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات پر مبنی ہے۔ معدہ کے مشمولات کھانا کھانے کے بہت جلد بعد اثنا عشری میں گذرنا شروع ہوجاتے ہیں۔ ۴ ½ گھنٹہ میں غذا اعور میں داخل ہونا شروع ہوجاتی ہے اور یہ بتدریج پُر ہوتی جاتی ہے ۶ ½ گھنٹہ میں مشمولات کبدی عوجہ (hepatic flexure) تک پہنچ جاتے ہیں اور ۹ گھنٹہ میں طحالی عوجہ تک۔ صعودی قولون اور مستعرض قولون کے پہلے حصہ میں براز کا سیال حصہ جذب ہوجاتا ہے۔ نزولی حرقفی اور حوضی قولون میں مشمولات آہستہ آہستہ سفر کرتے ہیں۔ ۲۰ گھنٹہ میں غذا حرقفی اور حوضی قولون میں پہنچ جاتی ہے۔ قولون کو ہرگز ایک انفعالی نلی تصور نہ کرنا چاہئے بلکہ یہ ایک فعال عضلی عضو ہے جسکا تعلق دفعیہ اور انجذاب سے ہے۔

454 **قولون** (colon)۔ اعور سے لیکر حوضی مستقیمی مقام اتصال تک سوائے کبدی اور طحالی عوجوں کے جو گہرے واقع ہوتے ہیں دباؤ سے رودہ تک رسائی ہوسکتی ہے۔ کبدی عوجہ جگر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور طحالی خم جو ایک اونچے لیول تک چلا جاتا ہے معدہ کے پیچھے ہوتا ہے (شکل ۳۹ صفحہ 424)۔ مستعرض قولون کا زیرین کنارہ تقریباً ناف کے لیول پر ہوتا ہے (شکل ۹۴)۔ برازی اجتماع میں قولون کا خاکہ سوائے مذکورۂ بالا دونوں عوجوں کے بالوضاحت معین کیا جاسکتا ہے۔ معائے صغیر کے تمددات میں پیٹ کے نمایاں ترین ابھار کا رجحان سامنے کی طرف اور ناف کے اردگرد اور اسکے نیچے نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معائے کبیر کے تمددات میں شکم کی سامنے کی طرف بعض اوقات (کم از کم تھوڑے سے عرصہ کے لئے) نسبتاً چپٹی رہتی ہے اور ابھار دونوں پہلوؤں اور ناف کے عین اوپر کے خط میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔

مستعرض قولون اور صعودی اور نزولی قولونوں کے زیریں دو تہائی حصوں کے سلعات کے حدود، خواہ وہ متوسط الجسامت ہی کیوں نہ ہوں، بخوبی معین کئے جا سکتے ہیں، اور انغماد معوی (intussusception) کے واقعات میں جو ایک عارضہ ہے جسکا ذکر صفحہ 453 پر کیا جا چکا ہے قولون میں سے تودہ کے آگے بڑھنے کا اکثر سراغ لگایا جا سکتا ہے۔

معائے کبیر کا قطر (باستثنائے معائے مستقیم) اعور سے لیکر حرقفی قولون تک کم ہوتا جاتا ہے۔ قبل الذکر کا تقریباً ۲½ انچ اور موخر الذکر کا ۱½ انچ ہوتا ہے۔ امعاء کے اس قطعہ کا تنگ ترین حصہ حوضی قولون اور معائے مستقیم کے مقام اتصال پر واقع ہے، اور یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ یہی مقام ہے جس پر تضییق نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر حوضی مستقیمی عاصری خط (pelvic rectal sphincteric tract) بھی واقع ہوتا ہے۔

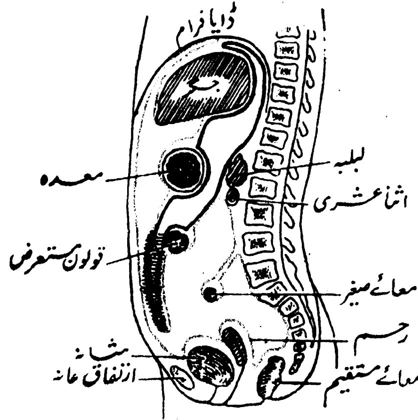
اعور سے مبرز تک تضییق واقع ہونے کا امکان بڑھتا چلا جاتا ہے۔ نزولی قولون میں 455
تضییق کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور اس سے کم کثرت کے ساتھ یہ مستعرض قولون میں رونما ہوتا ہے، اور صعودی قولون میں یہ مقابلۃً نادر الوقوع ہوتا ہے۔ رودہ کے خموں پر تضییق قلیل الوقوع نہیں ہوتے[1]۔

قولون کے طولی عضلی ریشے معائے صغیر کی طرح اسکے گرد ایک نلی بنانے کے بجائے تین **قورات** (tæniæ) میں مرتب ہوتے ہیں، جن میں سے ہر ایک ½ انچ عریض ہوتا ہے۔ یہ ایک دوسرے سے تقریباً مساوی فاصلہ پر ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ معائے مستقیم میں طولی عضلہ کا طبقہ پھر مکمل ہو جاتا ہے۔ اگر پیچھے کی طرف اعور تک ان بندوں کا تعاقب کیا جائے تو یہ تینوں کے تینوں بند زائدہ کے قاعدہ پر ختم ہو جاتے ہیں۔ مگر قولون صعودی کا مقدم داخلی قور زائدہ تک راست ترین راستہ اختیار کرتا ہے، اور اسلئے جراح اس حصہ کو تلاش کرتے وقت اس سے رہنما کا کام لیتے ہیں۔ چونکہ قور قولون سے اسکے چھوٹے حصہ کے برابر چھوٹے ہوتے ہیں اس لئے رودہ کی دیواریں سمٹی ہوتی ہیں جسکی وجہ سے تاپچوں کا ایک سلسلہ پایا جاتا ہے جو قورات کے درمیان تین قطاروں میں مرتب ہوتا ہے۔

[1] دیکھو "معوی تسدد" (Intestinal Obstruction) مؤلفہ سر فریڈرک ٹریویز لندن ۱۸۹۹ء۔

مزید برآں قولون اپنے تمام طول میں زوائد ثربی (appendices epiploicæ) کے موجود ہونے سے ممیز ہوتی ہے، جو معائے صغیر اور اصلی معائے مستقیم پر موجود نہیں ہوتے۔ یہ چربی کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں جو باریطونی طبقہ کے چھوٹے چھوٹے تاچوں سے ملبوس ہوتے ہیں۔

بالغ میں قولون صعودی کا طول اعور کی نوک سے لیکر کبدی عوجہ (hepatic flexure) تک ۵ سے لیکر ۸ انچ تک ہوتا ہے، اور قولون نزولی کا طول طحالی عوجہ 456



شکل ۱۰۴۔ شکم کی سہمی تراش جو مستعرض قولون کے تعلقات اور معدہ اور لبلبہ کو ظاہر کرتی ہے۔

(splenic flexure) سے لیکر حرقفی عرف تک اس سے ذرا کم ہوتا ہے۔ مستعرض قولون کا طول مختلف ہوتا ہے، لیکن اسکی اوسط پیمائش ۲۰ انچ ہوتی ہے۔

اعور کے گرد باریطونی پوشش مکمل ہوتی ہے لیکن قولون صعودی کے صرف مقدم اور جانبی رخ ہی اس سے بالعموم ملبوس ہوتے ہیں۔ مگر ۲۶ فیصدی واقعات میں (ٹریویز Treves)

قولون صعودی کے لئے یہ ایک چھوٹی سی ماساریقائے قولون (۱ تا ۳ انچ) بھی بناتی ہے ۔ یہ ماساریقا عام طور پر اسقدر چھوٹی ہوتی ہے کہ رودہ کا یہ حصہ شکم کے زخم سے باہر نہیں نکالا جا سکتا۔ اس قسم کی ماساریقائے قولون کا زیرین حصہ بعض اوقات دوشاخہ ہوتا ہے اور اس سے ایک "اصبعی" (digital) حفرہ بنجاتا ہے جسمیں دوران عملیہ میں گاہے گاہے زائدہ کی نوک ٹوٹ جاتی ہے۔کبدی قولون کی باریطونی ترتیب صعودی قولون کی باریطونی ترتیب کے مشابہ ہوتی ہے۔

مستعرض قولون کی ماساریقا کی چسپیدگی لبلبہ کی متقدم سطح کو عبور کرتی ہے مستعرض قولون کے جو تعلقات معدہ اور لبلبہ سے ہیں وہ شکل ۱۰۳ کو دیکھنے سے نہایت آسانی سے سمجھ میں آجاتے ہیں۔ یہ شکل جنینی ترتیب کی سہمی تراش کے خاکہ کو ظاہر کرتی ہے ۔ بہرحال بالغ میں انضمامات ثرب کبیر کے کہفہ کے اس حصہ کو جس پر شکل میں متقاطع متوازی خط کھینچے گئے ہیں منطمس کر دیتے ہیں تاچہ صغیر کا خاکہ سیاہ ہے اور اکبر کا سرخ۔

تقریباً صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں قولون نزولی کی ماساریقائے قولون ہوتی ہے (ٹریویز:Treves)-جنینی زندگی کے پانچویں مہینہ تک اسکی ماساریقا ہوتی ہے مگر اسکے بعد یہ غائب ہو جاتی ہے۔ 457

۹۰ فیصدی واقعات میں لفائفی حوضی قولون کے حرقفی حصہ کی ماساریقا نہیں ہوتی بقیہ ۱۰ فیصدی میں ایک چھوٹی سی ماساریقا موجود ہوتی ہے ۔

لیکن حوضی قولون عریض اور پنکھے کی شکل کی ماساریقا کے حاشیہ پر جو حرکت کے لئے معتدبہ وسعت کی اجازت دیتی ہے آزادطور پر واقع ہوتی ہے ۔اس ماساریقائے قولون کا قاعدہ اس کے قولونی حاشیہ کے مقابلہ میں چھوٹا ہوتا ہے ۔

معائے مستقیم کے باریطونی تعلقات پر صفحہ 542 پر بحث کیگئی ہے۔

قولون صعودی کا رخ صلب میں عمودی ہوتا ہے اور پھر یہ دائیں گردہ کے بیرونی حاشیہ کے گرد گھوم کر جگر کے قریب دائیں یا کبدی عوجہ پر خم کھا جاتی ہے ۔ اس کا طول ۵ سے لیکر ۸ انچ تک ہوتا ہے ۔ مگر بعض اوقات اس سے بھی بہت کم ہوتا ہے۔ التہاب زائدہ (appendicitis) کے لئے عملیہ کرنے کے دوران میں گاہے گاہے یہ حالت پائی جاتی ہے کہ

ناقص نموی نزول کی وجہ سے لفائفی اعوری خط صلب میں اتنا اونچا واقع ہوتا ہے کہ گردہ کے نزدیک ہوتا ہے، یا جگر کے نیچے بھی واقع ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف نیچے سے لیکر اوپر تک صعودی قولون، عضلہ حرقفیہ (iliacus) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور گردہ کے زیرین قطب سے علاقہ رکھتی ہے۔

دائیں یا کبدی عوجہ سے منفرج یا حاد خم بنتا ہے، مگر اسکا زاویہ طحالی عوجہ کے زاویہ سے کم حاد ہوتا ہے۔ اسکی وسطانی جانب پر اثنا عشری کا دوسرا حصہ ہوتا ہے، اور اس کے باہر کی طرف جگر کی کور یا شکم کی جانبی دیوار ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ جگر سے مس کرتا ہے، اور پیچھے کی طرف یہ گردہ پر واقع ہوتا ہے۔

قولون مستعرض شکم کی ایک طرف سے دوسری طرف کو ایک طویل اور پیچدار چنبر کی شکل میں جاتی ہے۔ پہلے یہ اثنا عشری کے دوسرے حصہ کو عبور کرتی ہے اور یہاں اس کی ماساریقائے قولون چھوٹی ہوتی ہے، اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتی۔ لیکن اسکے بعد اسکی ماساریقا کا طول اسکو معائے صغیر پر سے آزادانہ ڈھلک جانے کی اجازت دیتا ہے۔ غیر منشی واقعات میں جنمیں شکمی عضلات کا سہارا کمزور ہوتا ہے یہ بعض اوقات ارتفاق عانہ (symphysis pubis) تک پہنچ جاتی ہے۔ بائیں جانب پر یہ پھر چھوٹی ہو جاتی ہے اور اسلئے مستعرض قولون لبلبہ کی دم کے قریب واقع ہوتی ہے، جسکے ساتھ ساتھ یہ معدہ کے نیچے سے لیکر طحال کے زیرین قطب تک جاتی ہے۔ رودہ کے اس حصہ میں خموں کا ایک سلسلہ دکھائی دیتا ہے، اور دو خم خصوصیت کے ساتھ پائے جاتے ہیں جنمیں سے ایک اسکی ابتدا پر اور دوسرا اسکی انتہا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔

458

قولون مستعرض کا دایاں حصہ مرارہ سے ایک قریبی تعلق رکھتا ہے اور موت کے بعد یہ بالعموم صفرا سے ملوّن پایا جاتا ہے۔ ایسے واقعات بھی دیکھنے میں آچکے ہیں جنمیں مرارہ میں سنگریزے موجود تھے، اور مرارہ کی دیواریں دباؤ سے متقرح ہو گئی تھیں، اور تقرح ماتحت مستعرض قولون پر اثر انداز ہو گیا تھا، اور اسطرح مرارہ اور رودہ کے درمیان ایک ناسور بنگیا تھا جس میں سے

بڑے بڑے سنگریزے خارج ہوتے تھے۔ مزید برآں کبدی خراجات اکثر مستعرض قولون میں خالی ہو چکے ہیں۔ اور مستعرض قولون اکثر سری فتق میں چلی جاتی ہے اور سوراخ ونسلو (Winslow) (ثربی سوراخ) میں جو فتق واقع ہوتا ہے اسکے کئی ایک واقعات میں یہ متاثر ہوتی ہے۔

بایاں یا طحالی عوجہ مراق (hypochondrium) میں طحال کے زیرین قطب پر ایک زاویہ حادہ بناتا ہے۔ یہ معدہ کے پیچھے گہرا واقع ہوتا ہے اور کبدی عوجہ کی نسبت بلند لبول پر ہوتا ہے۔ باریطون کا مثلث شکل کا ایک شلف (shelf) یعنی ڈایا فرامی قولونی رباط اس عوجہ سے لیکر باہر کی طرف کو ڈایا فرام تک جاتا ہے۔ یہ طحال کو سہارا دیتا ہے اور اس عوجہ کو مثبت رکھتا ہے۔

قولون نزولی (descending colon) حرقفی عرف کے بالمقابل حرقفی قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ۴ تا ۶ انچ لمبی ہوتی ہے اور قولون صعودی سے یقینی طور پر تنگ ہوتی ہے۔ یہ بائیں گردہ کے بیرونی کنارہ کے گرد نیچے کی اور اندر کی جانب کو گھوم جاتی ہے اور پھر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور عضلہ خصریہ (psoas muscle) کے درمیانی زاویہ تک نیچے کی طرف کو سیدھی چلی جاتی ہے (شکل ۱۰۵)۔ ٹریویز (Treves) کے مطابق صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں اسکی ماساریقا ہوتی ہے۔

حرقفی قولون (iliac colon) بھی ماساریقا سے بالعموم مبرا ہوتی ہے (۹۰ فیصدی)۔ یہ عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas) اور بائیں حالب اور بائیں منوی عروق اور حرقفی عصب کو عبور کرتی ہوئی حرقفی عرف سے ۵۔۶ انچ تک اندر کی طرف کو چلی جاتی ہے 459
اور حوض کی کگر پر حوضی قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔

حوضی قولون (pelvic colon) بائیں عضلہ خصریہ (psoas) کی اندرونی کور پر شروع ہوتی ہے اور خارجی حرقفی عروق کو عبور کرنے کے بعد ایک اختلاف پذیر خم اختیار کرتی ہے

یہ حوض میں سے عام طور پر بائیں جانب سے دائیں جانب کو گذرتی ہے، اور پھر ایک چنبر کی شکل میں پیچھے کو جا کر حوض کے موخر حصہ میں پہنچ جاتی ہے۔ تیسرے عجزی فقرہ کے لبوں پر خط وسطی کی عین بائیں جانب پر کے ایک نقطہ پر پہنچنے کے بعد یہ خم کھا کر معائے مستقیم میں ختم ہو جاتی ہے۔ اس کا اختتام تین خصائص سے ممیز ہوتا ہے:۔ (۱) یہاں اسکے قطر میں ایک انقباض پایا جاتا ہے ۔ حوضی مستقیمی عاصری خط (pelvi-rectal sphincteric tract)۔ (۲) باریطون قولون کو مکمل طور پر ملفوف نہیں کرتا اور صادق ماساریقا نہیں بناتا۔ (۳) تینوں طولی قور (longitudinal tæniæ) پھیل کر ایک علیحدہ طولی عضلی طبقہ بنا دیتے ہیں۔

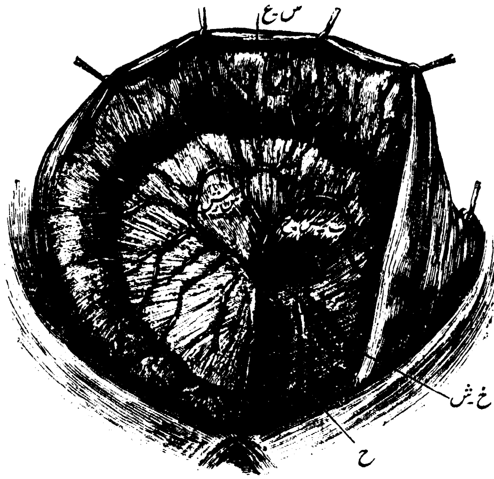
ٹریویز (Treves) پہلا شخص تھا جس نے حوضی قولون کو قولونی خطہ کے طور پر تمیز کیا اور اس کو "اومیگا نما چنبر" (omega loop) کے نام سے موسوم کیا کیونکہ یہ بڑے اومیگا Ω کے مشابہ ہوتا ہے۔ اگرچہ اسکا نام "حوضی قولون" رکھ دیا گیا ہے مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جنین اور بچہ میں یہ حوضی نہیں ہوتا بلکہ اسکا محل فوق حوضی ہوتا ہے اکثر اسکو سگما نما چنبر (sigmoid loop) بھی کہا جاتا ہے۔ اس چنبر کا اوسط طول بالغوں میں ۱۷½ انچ ہوتا ہے، اور اسکے دونوں سرے تقریباً ۳ یا ۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ اگر یہ سرے ایک دوسرے کے قریب ہو جائیں جیسا کہ سگما نما (sigmoid) قولون کی ماساریقا کی جڑ پر کے قابض التہاب باریطون میں ہوتا ہے تو ایک قسم کا ساقچہ بنجاتا ہے جس پر سے چنبر بآسانی بل کھا جاتا ہے۔ رودہ کا اس قسم کا بل حوضی قولون یا چنبر کی فتلنہ (volvulus) کہلاتا ہے اور یہاں یہ بھی کہا جا سکتا ہے کہ فتلۃ المعاء (volvulus) اس چنبر میں غذائی قنال کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔

حوضی قولون کی ماساریقا کا خط چسپیدگی بائیں عضلہ خصریہ (psoas muscle) اور حرقفی عروق کو انکی دوشاخگی کے قریب عبور کرتا ہے، اسکے بعد یہ دفعۃً نیچے کی طرف کو مڑ جاتا ہے اور تقریباً عموداً جا کر خط وسطی پر ختم ہو جاتا ہے۔ اس ماساریقائے قولون کی بائیں دیوار میں اس مقام کے نزدیک جہاں یہ حرقفی عروق کے اوپر واقع ہوتی ہے بعض اوقات ایک حفرہ پایا جاتا ہے۔ یہ سگما نما شریان (sigmoid artery) سے پیدا ہوتا ہے، اور اسکی گہرائی تقریباً ۱½ انچ ہوتی ہے۔ یہ بین سگما نما حفرہ (intersigmoid fossa) کہلاتا ہے اور سگما نما فتق (sigmoid hernia) کا محل وقوع ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں مخنوق فتق کے پائے جانے کے

460

واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔

جب حوضی قولون خالی ہوتی ہے تو یہ طبعی طور پر حوض کو گھیرے ہوتی ہے۔ ممتد ہو کر روده کا یہ حصہ بعض اوقات اتنا زیادہ متسع ہو جاتا ہے کہ جگر تک پہنچ جاتا ہے۔ غیر معمولی انساع کی خاص خاص مثالیں اسی چیز سے تعلق رکھتی ہیں جیسا کہ کلانی قولون (megacolon) یا مرض ہرش سپرنگ (Hirschsprung's disease) میں ہوتا ہے جس میں اگرچہ عضلی طبقہ میں بظاہر



شکل ۱۰۴ ۔ سگما نا عوجہ (حوضی قولون) بین سگمانائی حفرہ کو دکھانے کے لئے اوپر اٹھا دیا گیا ہے۔ (جونیسکو: Jonnesco)

س ع ۔ سگما نا عوجہ ۔ س ش ۔ سگما نا شریان ۔ ب س ح ۔ بین سگمانائی حفرہ ۔ خ ش ۔ خارجی حرقفی شریان ۔ ح ۔ حالب جو اندرونی حرقفی عروق کے سامنے ہے۔

461 اتساع اور بیش پرورش ایک غیر معمولی درجہ تک پائی جاتی ہے مگر اس قسم کے طبقات میں قوت انقباض موجود نہیں ہوتی۔ برازی مادے حوضی قولون کے بعدی حصہ میں اکثر ٹھیرے رہتے ہیں اور اسی محل پر

بعض معوی کنکریاں بھی پائی جاچکی ہیں۔

سر فریڈرک ٹریویز (Sir Fredrick Treves) نے تجربہ سے اس امر کا مظاہرہ کیا تھا کہ جب مبرز میں سے "لمبی نلی" داخل کیجاتی ہے تو معمولی حالتوں اور امعا کی طبعی ترتیب میں یہ سگما نما عوجہ سے آگے نہیں گذاری جاسکتی۔ لیکن بیریئم (barium) کا ایک غیر شفاف حقنہ شعاع نگاری سے اعور تک پہنچا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔

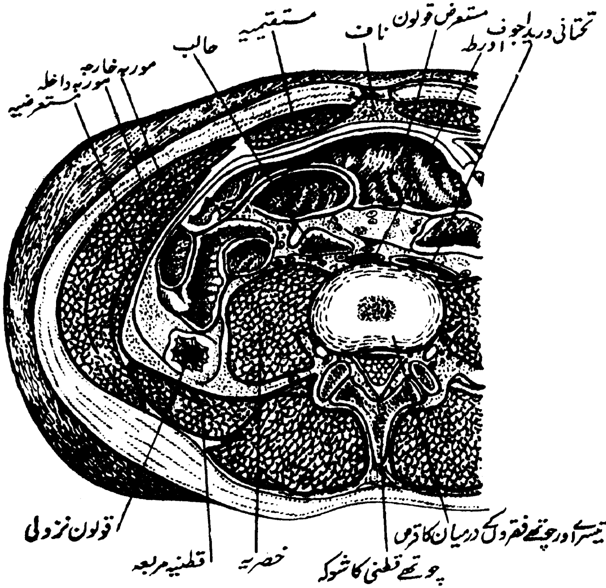
معائے مستقیم کے خلقی فقدان یا نقص میں حوضی قولون — بعض حالتوں میں حرقفی قولون — بُن ران میں کھولدی جاتی ہے، اور یہاں ایک مصنوعی مبرز بنادی جاتی ہے۔ کہا گیا ہے کہ خلقی بدتشکلی کے واقعات میں حوضی قولون کے غیر یقینی محل کی وجہ سے ایک دقت پیش آتی ہے کیونکہ بعض اوقات یہ حوض میں داہیں جانب پر ہوتی ہے، اور بعض اوقات خط وسطی پر۔ مگر ان محلات پر یہ شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ کم عمر شیرخوار بچوں کے ۱۰۰ بعد الموت امتحانات میں کرلنگ (Curling) کو یہ چیز ۸۵ واقعات میں بائیں جانب پر ملا۔ ۱۰ بچوں میں سے جن پر غیر منثقب مبرز (imperforate anus) کے لئے عملیہ کیا گیا تھا یہ چیز صرف ایک واقعہ میں بائیں حفرہ میں ملا تھا (منٹگمری: Montgomery)۔

حرقفی اور حوضی قولونین اکثر **مخاطی طبقہ کے مضاعف عطفات** کا محل ہوتی ہیں۔ یہ عطفات ان مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر عروق یا تورودہ میں داخل ہوتے ہیں اور یا ان سے باہر نکلتے ہیں۔ اس طرح عضلی طبقہ میں کمزور مقامات پیدا ہوجاتے ہیں جنہیں سے مخاطی طبقہ کے چھوٹے چھوٹے فتوق یا عطفات نکل آتے ہیں اور زوائد ثربیہ (appendices epiploicæ) اور ماساریقا کی جڑ میں بروز کرآتے ہیں۔ قولون کا یہ حصہ براز کے لئے بطور ایک ظرف کے کام دیتا ہے، اور یہ ہمیشہ تشنجی طور پر منقبض رہتا ہے، اور شائد یہی وجہ ہے کہ حوضی قولون میں رودہ کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت یہ عطفات اکثر پائے جاتے ہیں۔ ان عطفات کا مظاہرہ غیر شفاف حقنہ دینے کے بعد شعاع نگاری سے کبدی عوجہ تک اور اسکے اوپر تک بھی کیا جاسکتا ہے لیکن یہ حرقفی حوضی قولون میں سب سے زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں، اور بعض اوقات ان سے انثقاب واقع ہوجاتے ہیں اور التہاب باریطون پیدا ہوجاتا ہے۔ جو گاہے گاہے منتشر ہوتا ہے،

462

لیکن کثیف انضمامات اسے اکثر بند کر دیتے ہیں۔ اسطرح رودہ کا تسدد پیدا ہوتا ہے اور گرد قولونی خراجات بنتے ہیں۔

حرقفی یا اُربی قولون شگافی (iliac or inguinal colotomy)۔



شکل ۱۰۵۔ ناف کے لیول پر جسم میں سے افقی تراش۔
(براؤن Braune: کے مطابق۔)

اس عملیہ میں جو بہت عام اور عمدہ اور سادہ عملیہ ہے حوضی قولون کو بائیں حرقفی خطہ میں معرا کر کے کھول دیا جاتا ہے۔ شوکی سری خط سے قائمہ زاویہ پر اور مقدم فوقانی حرقفی شوکہ سے تقریباً ۱½ انچ کے فاصلہ پر کوئی ۲ انچ لمبا شگاف دیکر عضلات کاٹ دئے جاتے ہیں۔ شکم کے

463 تینوں عضلات (شکل ۱۰۵) اور باریطون کاٹنے کے بعد عرضی عوجہ کا چنبر زخم میں لایا جاتا ہے اور محفوظ کرنے کے بعد (اسی وقت یا کچھ عرصہ بعد) کھول دیا جاتا ہے۔ عمیق منحنی (deep circumflex) شریان کی صعودی شاخ خطِ شگاف کو کاٹتی ہوئی گذرتی ہے۔ یا شگاف عضلہ مستقیمہ میں سے بھی دیا جا سکتا ہے۔ اگر یہ مقصود ہو کہ قولونی تفویہ (colostomy) مستقل ہو تو مریض کے آرام کا انحصار دہنہ پر کی عاصری ترتیب کے کارگر ہونے پر ہوگا۔ اور اس کے لئے (۱) ماساریقائے قولون کے فتحہ میں سے دیوارِ شکم کو اسکی تمام دبازت میں سے ٹانکے لگا کر جوڑنا چاہیئے۔ (۲) اوپر کی جانب رودہ میں کوئی ڈھیلا پن موجود نہ ہو جس سے یہ سقوط یافتہ ہو سکے (۳) براز کو نیچے کی بجائے باہر کی طرف منصرف کرنے کے لئے اچھا جہاز موجود ہونا چاہیئے اور اسکے لئے بہترین طریقہ یہ ہے کہ ابتدائی عملیہ کے دس دن بعد رودہ کے برون شکمی چنبر کو مکمل طور پر دور کر دیا جائے۔ (۴) شگاف ۲ انچ سے بہت زیادہ لمبا نہ ہونا چاہیئے۔

اعور دائیں جانب پر کھولی جا سکتی ہے (اعوری تفویہ: cæcostomy)۔ اور موزون ترین شگاف بالعموم وہ ہوتا ہے جو عمیق برمعدی شریان کے باہر کی طرف ترچھا دیا جاتا ہے۔ علاوہ ازیں زائدہ کو بھی کھول کر اس شگاف کے ساتھ جو بن ران میں واقع ہوتا ہے ٹانکا جا چکا ہے (زائدی تفویہ: appendicostomy)۔ زائدہ کے اندر کے فتحہ سے اعورا اور قولون کی آبیاری کی جا سکتی ہے اور ان کو دھویا جا سکتا ہے۔

قولون برآری (colectomy) قولون کے ایک حصہ کا یا سارے قولون کا استیصال کرنے پر مشتمل ہے۔ اعورا اور بقیہ امعائے کبیر کے کافی طویل ٹکڑے دور کئے جا سکتے ہیں۔ جزوی استیصال سے سرطانِ قولون کا علاج کرنے میں معتدبہ کامیابی ہوتی ہے۔

معوی تفمم (intestinal anastomosis) **یا قصر دور** (short-circuiting) کا عملیہ قولون پر اکثر کیا جاتا ہے۔ چنانچہ قولون نزولی کے تسدد میں جس کا ازالہ ناممکن ہو مستعرض قولون کو سگانا (sigmoid) عوجہ سے متحد کیا جا سکتا ہے۔

قولون کی خلقی تشوہات۔ جنین میں معائے صغیر ایک وقت شکم کی دائیں جانب کو

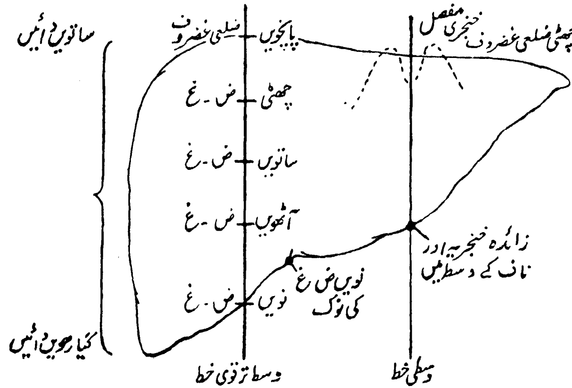
464 گھیرے ہوتی ہے' اور معائے کبیر ایک سیدھی نلی کی قسم کی شکل ہوتی ہے جو بائیں جانب پر ناف کے خط سے لیکر حوض تک عموداً جاتی ہے۔ اعور اول اول ناف میں واقع ہوتی ہے' اور پھر یہ شکم میں بائیں مراق کی طرف اوپر کی جانب کو چڑھ جاتی ہے۔ بعد ازاں یہ دائیں مراق کی طرف کو مستعرض رخ میں چلی جاتی ہے' اور پھر متناظر حرقفی حفرہ میں اتر جاتی ہے' اور یہ اپنے عمر کے کسی حصہ میں بھی مستقلاً محبوس رہ سکتی ہے۔ چنانچہ اعور بعض اوقات ناف کے اردگرد یا کسی خلقی سری فتق میں یا بائیں مراقی خط میں پائی جاتی ہے (کیونکہ قولون کے صعودی اور مستعرض حصے موجود نہیں ہوتے)۔ نیز یہ دائیں مراق میں بھی پائی جا سکتی ہے اور اس حالت میں صرف قولون صعودی ہی غائب ہوتی ہے۔

تمام معائے کبیر کی ایک نہ ایک وقت ماساریقا بھی ہوتی ہے' اور بعض شاذ شاذ حالتوں میں یہ عمر بھر برقرار بھی رہتی ہے۔ اسکے موجود رہنے کی حالت میں فتلۂ معاء (valvulus) کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔

465

باب نوزدہم
دوسرے شکمی احشاء

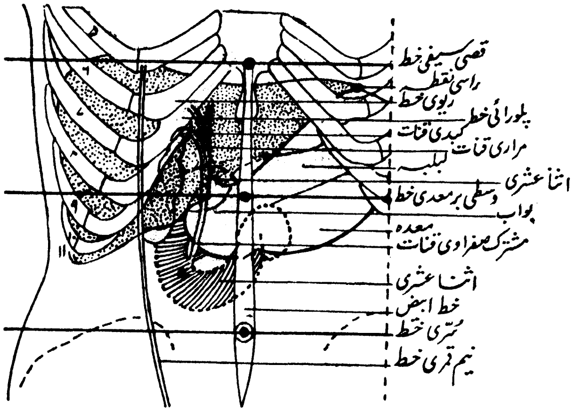
جگر (liver) جگر کی شکل ڈایا فرام کی محراب کے مطابق ڈھلی ہوتی ہے، اور یہ معدہ کے کچھ حصہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اگر صحیح صحیح کہا جائے تو اسکی صرف دو سطحیں ہی ہیں۔ ایک



شکل ۱۰۶ جگر کے محل وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔

احشائی سطح جو کھڑے ہونے کی حالت میں معدہ اور اثنا عشری اور معدی کبدی ترب اور

لبلبہ کی گردن اور قولون کے کبدی عوجہ اور دائیں گردہ اور دائیں برگردی جسم پر متمکن ہوتی ہے۔
ایک جداری سطح جو ڈایا فرام اور پیٹ کی مقدم دیوار سے تحت ضلعی زاویہ میں مس کرتی ہے۔
اگر اسے سامنے کی طرف سے دیکھا جائے تو اسکا خاکہ مثلث دکھائی دیتا ہے اور اس کا راس
قلب کے راس کے قریب نظر آتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ اس خط سے بہترین طور پر ظاہر کیا جاتا 466
ہے جو قلب کی راسی ضرب سے شروع ہو کر (شکل ۱۰۷) خط وسطی کو قصی سیفی (sterno-
ensiform) نقطے سے ½ انچ نیچے کاٹتا ہوا گذرے۔ یہ کنارہ حلمی خط پر پہنچ کر قصی سیفی مستوی کے



شکل ۱۰۷۔ جگر اور مرارہ اور صفراوی قناتوں اور لبلبہ کے محل وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔ پلورا اور پھیپھڑے کے زیریں حدود ظاہر کیے گئے ہیں۔

لیول تک اوپر اٹھ جاتا ہے۔ زیریں کنارہ راسی ضرب سے شروع ہوتا ہے اور خط وسطی کو وسطی برمعدی نقطہ سے تقریباً ایک انچ اوپر کاٹتا ہوا عضلہ مستقیمہ کے بیرونی کنارہ پر ضلعی حاشیہ تک پہنچ جاتا ہے اور اسکے زیریں کنارہ کا بقیہ حصہ گیارھویں پسلی کی نوک تک ضلعی حاشیہ کا متناظر ہوتا ہے۔ جگر اس پسلی کے زیریں حاشیہ کے ساتھ ساتھ دائیں گردہ سے مس کرتا ہے۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ جگر دائیں مراق میں تین منطقوں سے بنا ہوا ہے —— ایک بالائی یا ریوی، ایک درمیانی یا پلورائی، ایک زیرین یا ڈایافرامی (شکل ۱۰۷)۔ زیرین خطہ میں جو وسطی بغلی خط میں ½۱ تا ۲ انچ چوڑا ہوتا ہے جگر میں شگاف 467
دیا جا سکتا ہے یا اس کا استقصا کیا جا سکتا ہے۔ وسطی منطقہ میں جس کا عرض اتنا ہی ہوتا ہے پلورائی انعکاس پایا جاتا ہے۔ کھڑے ہونے کی حالت میں نیچے کی کور دائیں جانب پر ضلعی غضروفوں کے حاشیوں سے ½ یا ¾ انچ نیچے ہوتی ہے۔ لیٹنے کی حالت میں جگر تقریباً ایک انچ اوپر چڑھ جاتا ہے اور سوائے تحت ضلعی زاویہ کے پسلیوں سے بتمامہ پوشیدہ ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ زفیر میں بھی اوپر چڑھ جاتا ہے اور شہیق میں نیچے چلا جاتا ہے۔

مرارہ (gall-bladder) کا قعر نویں ضلعی غضروف کے پیچھے دائیں عضلہ مستقیمہ کے بیرونی کنارہ کے قریب سطح کے نزدیک پہنچتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ اس کا محل نہایت اختلاف پذیر ہے، اور یہ اکثر مذکورہ بالا محل سے کافی نیچے اور باہر کی جانب واقع ہوتا ہے۔

جگر کی شکل اوپر کی طرف ڈایافرام اور نیچے کی طرف شکمی اعضاء سے برقرار رہتی ہے اور یہ انہی کے مطابق ڈھلا ہوتا ہے۔ جب اسے جسم سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے تو اس کی سابقہ سیرت کل غائب ہو جاتی ہے۔ اس کی شکل میں بہت سے اختلافات پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے عام ترین ایک زبان نما زائدہ (linguiform process) ہے (اسے اکثر ریڈل کے لخت Riedel's lobe: کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے) جو دسویں ضلعی غضروف کے نیچے دائیں لخت کے حاشیہ سے باہر کو نکلا ہوتا ہے۔ یہ عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے، اور غلطی سے سائب گردہ (floating kidney) یا شکمی سلعہ تصور کر لیا جاتا ہے۔

جو حالت **استرخائے جگر** (ptosis of the liver) کے نام سے مشہور ہے اس میں اس کی بالائی سطح ڈایافرام کے گنبد میں آگے کی طرف کو پھسل جاتی ہے اور اس کا زیرین کنارہ بعض اوقات ناف کے لیول تک نیچے اتر آتا ہے یا حرقفی حفرہ تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۹۴ صفحہ 425)۔ مزید برآں اس نزول کے ساتھ ہی اس کے مستعرض محور میں گردش بھی واقع ہو جاتی ہے، جس سے اس کی ڈایافرامی سطح تقریباً مکمل طور پر سامنے کی طرف آ جاتی ہے۔

ایسی حالت میں ان اسباب پر غور کرنا ضروری ہے جو جگر کو اپنے محل پر قائم رکھتے ہیں اور یہ مندرجہ ذیل ہیں:۔ (۱) جگر کی وہ تثبیت جو ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) اور اس لیفی بافت کے ذریعہ سے ڈایافرام کے ساتھ ہوتی ہے جو اس ورید کے قرب و جوار میں دائیں لختہ کی غیر باریطونی موخر (ظہری) سطح پر ہوتی ہے۔ اس چسپیدگی کو ماسا بیرتقائے جگر (mesohepar) کے نام سے تمیز کرنا مناسب ہے۔ (۲) وہ باریطونی شکن بھی جو دائیں اور بائیں جانبی (مثلثی) اور اکلیلی (coronary) اور ہنسیا شکل (falciform) رباطات پر مشتمل ہوتے ہیں اسکو ڈایافرام سے چسپیدہ کرتے ہیں۔ یہ شکن ڈھیلے ہوتے ہیں تاکہ جگر کی وہ حرکتیں جو دوران تنفس اور معدہ کے پُر اور خالی ہونے کے وقت ظہور پذیر ہوتی ہیں آزادانہ واقع ہوسکیں۔ (۳) عضلی شکمی دیواریں جو دوسرے شکمی احشاء کو جگر کی زیرین سطح کے بالمقابل مسلسل دبائے رکھتی ہیں، جگر کو اپنے محل پر برقرار رکھنے کا ایک خاص ذریعہ ہیں۔ ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی بہت سی عورتوں میں جگر کا زیرین لختہ گیارھویں پسلی کے نیچے سے پورا دو انچ نکلا ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بچوں میں ہوتا ہے بائیں لختہ کا سرا طحال کے بالائی حصہ سے مس کرتا ہے یا اس پر متراکب بھی ہوتا ہے۔ ہر ایک شکمی حشا کی نسبت جگر کو فتقیوں سے زیادہ کثرت سے منشق ہوتا ہے۔ اور اس امر کی توجیہ اسکی جسامت کے بڑے ہونے اور اس کے محل کے مقابلتہً مثبت اور اس کی ساخت کے پھوٹک ہونے اور اس کے عروق میں خون کی بہت سی مقدار موجود ہونے سے ہوتی ہے۔ اگر طبعی جگر کی وریدوں میں بطینی دباؤ پر اشراب کیا جائے تو اس میں اس کے ہم وزن خون کی گنجائش ہوجائے گی (سیلیمین؛ Salaman)۔ اس قسم کی ضربوں میں موت بالعموم نزف سے واقع ہوتی ہے، کیونکہ بابی اور کبدی وریدوں کی دیواریں جو جرم جگر میں ضم ہوتی ہیں بازکشیدہ یا ہبوط یافتہ نہیں ہوسکتیں۔ مزید برآں کبدی وریدیں ورید اجوف میں بلاواسطہ کھلتی ہیں۔ اور چونکہ ان میں مصاریع نہیں ہوتے اس لئے اگر خون کی رو میں کسی قسم کی مراجعت نمودار ہو تو ان میں سے خون کی بہت زیادہ مقدار نکل جاتی ہے۔ کبدی عروق کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور سوائے مدفون دوختوں کے ان کو باندھنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ باریطونی طبقہ کو ضرر پہنچے کے بغیر جگر کا منشق ہونا ممکن ہے اور ایسے تفرزات سے بعض اوقات شفا جلد حاصل ہوجاتی ہے۔ جگر کے پیچھے کی طرف ایک کافی وسیع غیر باریطونی سطح

469 ہوتی ہے جس پر انشقاق یا زخم کہفۂ شکم میں وعا بدری ہوئے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ جگر کا جو تعلق دائیں طرف کی نیچے کی پسلیوں کے ساتھ ہوتا ہے اس سے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کو پسلیوں کے کسر میں نقصان پہنچ سکتا ہے، اور بعض حالتوں میں ہڈیوں کے شکستہ سرے ڈایا فرام میں سے گزر کر جرم جگر میں گھس گئے ہیں۔ نیز دائیں طرف کی چھٹی اور ساتویں بین فضاؤں پر کی ہولیں جو جگر کے خط پر واقع ہوں پھیپھڑے اور جگر کو زخمی کر دیتی ہیں، اور ڈایا فرام پر اثر انداز ہوتی ہیں، اور پلورائی اور باریطونی دونوں کہفوں کو کھول دیتی ہیں۔

جگر کے تعلقات پر ایک نظر ڈالنے سے یہ بآسانی سمجھ میں آجائیگا کہ **کبدی خراج** پلورا اور بعض اوقات پھیپھڑے میں بھی کھل سکتا ہے، جس سے خشک آلوچہ کی رنگت کا بساق جو متکسر جگر پر مشتمل ہوتا ہے بذریعہ نفث خارج ہوتا ہے۔ مزید براں کبدی خراج رودہ میں یا سطح جسم پر بھی پھٹ جاتا ہے۔ ایسے خراج شاذ شاذ مثالوں میں معدہ میں بھی کھل چکے ہیں۔ جگر میں تقیح الدم کا ثانوی خراج بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور برائینٹ (Bryant) کے اعداد و شمار کے مطابق اس حشا میں کسی دوسرے حصہ جسم کے تضررات کی نسبت سر کے تضررات کے بعد خراجات زیادہ کثرت سے واقع ہوتے ہیں۔ بولی اعضا کے عوارض کے بعد جو تقیح الدم پیدا ہوتا ہے اس میں یہ شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ اور احتراقات کے بعد تقیح الدم میں بھی یہ اتنے ہی نادر الوقوع ہیں۔ **سلعات و خراجات کے ثانوی مطروحات** اکثر اُس خط کے دائیں یا بائیں جانب تک ہی محدود رہتے ہیں جو مرارہ کے قعر سے لیکر ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) تک کھینچا جائے۔ اس عجیب و غریب تحدید کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ اس خط کی دائیں جانب پر جگر کو بابی ورید کی صرف دائیں انتہائی قسمت ہی سے رسد ملتی ہے، اور اس کی بائیں جانب کا حصہ صرف بائیں قسمت ہی سے خون وصول کرتا ہے (کینٹلی :Cantlie)۔

مرارہ (gall-bladder) بعض اوقات موجود نہیں ہوتا۔ مثلاً یہ بعض حیوانات میں نہیں پایا جاتا، یا مرض سے یہ ایک ندبہ کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے، مگر اس کا قعر عام طور پر جگر کے مقدم کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے، اور نویں ضلعی غضروف اور عضلہ مستقیمہ بطنیہ

(rectus abdominis) کے بیرونی کنارہ کے درمیان یہ دیوارِ شکم کے قریب پایا جاتا ہے۔ یہ عملیہ سے اکثر علیحدہ کر دیا جاتا ہے، اور صفراوی فعل میں بظاہر کوئی خلل واقع نہیں ہوتا۔ اس کی غشائے مخاطی کا منظر عجیب طور پر شبک اور شہد کی مکھیوں کے چھتے کی طرح کا ہوتا ہے، اور یہ غشا اسطوانی سرحلیہ سے بنی ہوتی ہے جس سے مخاط کا افراز ہوتا ہے، اور 470
اس میں جذب کرنے کی طاقت بھی ہوتی ہے، اسی لئے صفرا مرارہ میں مرتکز ہو جاتا ہے۔ جب یہ ملتہب ہو جاتی ہے تو خلیات سے ایک متغیرا فراز بکثرت خارج ہوتا ہے جس میں اگر خارجی بہاؤ بند ہو جائے تو کولیسٹرول (cholesterol) مطروح ہو جاتا ہے۔

کولیسٹرول (cholesterol) کے مراری حصات کے بننے میں مندرجہ ذیل اسباب ملکر کام کرتے ہیں۔ (۱) مفرط کولیسٹرول دمویت (cholesterolæmia) (جیسا کہ حمل یا تپ محرقہ کے بعد)۔ (۲) التہاب کی وجہ سے رجعت پذیر کولائیڈ مخاط کی تبدیلی رجعت نا پذیر ایلبیومنی کولائیڈ میں۔ (۳) رکودِ صفرا۔ (۴) کسی نوات کی موجودگی مثلاً نازلتی خلیات یا جرثومی نوآبادیاں۔ علاوہ ازیں اگر بہت سا التہاب موجود ہو تو صفراوی الوان کیلسیم (calcium) کے اضافہ کی وجہ سے حل ناپذیر بنجاتے ہیں، اور لونی حصیات طیار ہو جاتے ہیں۔ بہت سے حصیات مخلوط ہوتے ہیں، اور ان میں کولیسٹرول اور لون کی تبادل تہیں پائی جاتی ہیں۔ خالص کولیسٹرول کے حصات کا رجحان زرد اور مجرد ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور یہ بعض اوقات مرغی کے انڈے کے برابر ہو جاتا ہے۔ لونی حصیات اکثر چھوٹے چھوٹے اور کثیر التعداد اور رنجیہ دار ہوتے ہیں۔

مرارہ جس کی شکل ناشپاتی نما ہوتی ہے دفعتہً ایک تنگ گردن میں کھل جاتا ہے، جو آگے بڑھ کر ایک زاویہ حادہ پر دویری قنات میں تبدیل ہو جاتی ہے جو اس سے بھی زیادہ تنگ ہوتی ہے۔

دویری قنات (cystic duct) تقریباً ۱½ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اس میں ایک مرغولی بل ہوتا ہے جس کے اندرونی پیچوں سے ہیسٹر (Heister) کا شلف نما مرغولی مصراع بنتا ہے۔ اگر غیر متسع قنات میں سلائی داخل کی جائے تو یہ مصراع اور اس زاویہ کی حادیت جو اس قنات کی ابتدا پر ہوتا ہے سلائی کے گذرنے میں ایک بڑی حد تک

مانع آتے ہیں۔

کھڑے ہونے کی حالت میں مرارہ کے طویل محور کا رخ اوپر اور پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ اور دویری قنات (cystic duct) کا نیچے کی اور اگلی طرف کو (شکل ۱۰۷)۔ دویری قنات معدی کبدی ثرب کے کبدی اثنا عشری حصہ میں واقع ہوتی ہے جہاں اس کے کبدی قنات کے ساتھ ملنے سے مشترک صفراوی قنات بنتی ہے۔

دویری شریان (cystic artery) اس کے ساتھ ہوتی ہے، اور یہ اس کے اور جگر کے درمیان سے گذر کر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک مرارہ کی باریطونی
جانب پر اور دوسری اس کی کبدی جانب پر چلی جاتی ہے۔ **دویری وریدیں** (cystic 471
veins) براہ راست جگر میں جاتی ہیں اور بابی شعری نظام (portal capillary system) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ جگر کے جس حصہ میں دویری وریدیں داخل ہوتی ہیں وہ التہابِ مرارہ (cholecystitis) میں بعض اوقات منقبض یا مدبول ہوتا ہے۔

مشترک صفراوی قنات (common bile duct) تین انچ لمبی ہوتی ہے، اور اس کا درونہ ۱/۵ انچ چوڑا ہوتا ہے لیکن مراری حصیات کے گذرنے سے اس کا طبعی قطر بعض اوقات تین یا چار گنا ہو جاتا ہے۔ یہ چار حصوں میں تقسیم کی جا سکتی ہے۔ (۱) فوق اثنا عشری حصہ ثربی سوراخ (epiploic foramen) (ونسلو :Winslow کے سوراخ) کے سامنے کی طرف معدی کبدی ثرب میں واقع ہوتا ہے۔ اور بابی ورید (portal vein) اس کے پیچھے اور کبدی شریان (hepatic artery) اس کی عین بائیں جانب کو ہوتی ہے۔ (۲) پس اثنا عشری حصہ اثنا عشری کے پہلے حصہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور کبدی شریان کی فوقانی لبلبی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) شاخ اس کو عبور کرتی ہے۔ (۳) تیسرا حصہ ایک میزاب میں چلا جاتا ہے جو لبلبہ کے سر اور اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے درمیان ہوتا ہے۔ بڑی لبلبی قنات (ورسنگ کی :Wirsung's) اسی سے ملتی ہے۔ (۴) انتہائی ۱/۲ انچ اثنا عشری کی دیوار میں مدفون ہوتا ہے، جس میں سے یہ ایک ترچھے رخ میں گذر کر بواب سے تقریباً ۴ انچ کے فاصلہ پر

ایک حلیمہ پر ختم ہو جاتا ہے، جو واٹر کے انتفاخ (ampulla of Vater) میں ہوتا ہے۔
قنات کے اختتام پر جہاں یہ تنگ ترین ہوتی ہے اس کے اردگرد ایک عاصرہ (فوق انتفاخی
عاصرہ :supra-ampullary sphincter) ہوتا ہے جو صفرا کے بہاؤ کو منظم کرتا ہے۔
قنات کے زیرین نصف حصہ کا درونہ اوپر کے نصف حصہ کے درونہ سے کم ہوتا ہے۔ المفی غدد
معدی کبدی ثرب میں صفراوی قنات (bile-duct) کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ اور
متکلس ہونے کی حالت میں یہ غلطی سے مراری حصیات تصور کئے جاچکے ہیں۔

قنات کے فوق اثنا عشری حصہ میں پھنسا ہوا مراری حصات قنات کو معدی کبدی
ثرب میں کبدی ورید کو احتیاط سے بچا کر کھولنے سے براہ راست نکالا جا سکتا ہے۔ دوسرے
اور تیسرے حصوں تک رسائی بار یطون کو اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے باہر کی طرف کاٹنے
اور اثنا عشری اور لبلبہ کو باہر کی اور آگے کی طرف دائیں گردہ کے اندرونی کنارہ سے دور
472 دھکیلنے سے کی جا سکتی ہے۔ انتہائی حصہ تک اثنا عشری کے دوسرے حصہ کی مقدم دیوار کو
اس کے وسط کے قریب کھولنے سے پہنچا جا سکتا ہے۔

مرارہ کی عصبی رسد حبل کے آٹھویں اور نویں قطعوں سے عظیم احشائی
(great splanchnic) اور شکمی (cœliac) ضفیروں کی ذریعہ سے آتی ہے (ہیڈ
:Head)۔ مراری حصیات سے پیدا شدہ شدید قولنج جس کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ صفراوی
قناتوں کے غیر مخطط عضلی طبقہ کے تشنج سے عارض ہوتا ہے، نویں ظہری عصب کے ساتھ ساتھ
شکم کی مقدم دیوار کی طرف منعکس ہوتا ہے۔ مشارکی اعصاب کا ہیجان دویری قنات کے
عضلہ کو منقبض کر دیتا ہے لیکن مرارہ کے عضلہ کو مرتخی کر دیتا ہے (ٹی۔ آر۔ ایلیٹ :T. R. Elliot)۔
صفراوی نظام کے عضلی نظام کے انقباضات اور معدہ کے حرکات میں باہمی تعلق موجود ہوتا
ہے۔ اور اس لئے کھانا کھانے کے جلد بعد ان انقباضات کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے
(لن تھامس :Lynn Thomas)۔ بہرحال ایورٹس گراہم (Evarts Graham) نے
یہ ظاہر کر دیا ہے کہ حیوانات میں مرارہ کی بجائے ربڑ کا ایک بصلہ رکھا جا سکتا ہے، اور صفرا پھر بھی
دھاروں میں بہتا ہے جو بظاہر اثنا عشری کی اس حرکت دودیہ سے منضبط رہتی ہیں۔ جو فوق

انتفاخی عاصرہ پر عمل کرتی ہے۔

مرارہ اور صفراوی قنات انشقاق جگر کے بغیر اکیلے منشق ہو چکے ہیں ۔ ان کا تفسر صفرا کے کہفہ باریطون میں داخل ہو جانے کی وجہ سے جلد مہلک ثابت ہوتا ہے ۔ بڑے بڑے مراری حصیات بعض اوقات کسی ناسوری راستہ سے جو مرارہ اور اثنا عشری یا قولون کے درمیان بنگیا ہو بلا واسطہ امعاء میں چلے جاتے ہیں ۔ مراری حصیات تفنیح کے ذریعہ سے شکم کی مقدم دیواریں سے باہر نکل چکے ہیں اور یہ جدور کے اندر کے خراجات سے بھی باہر نکالے جا چکے ہیں ۔ جن واقعات میں دویری قنات (cystic duct) مراری حصیات یا دیگر اسباب سے مسدود ہو جاتی ہے ان میں مرارہ بعض اوقات مخاط سے بیحد متسع ہو جاتا ہے ۔ اور اس سے ایک سلعہ بنجاتا ہے (قیلہ مخاطیہ: mucocele) جو کسی حد تک ناف کے پار چلا جاتا ہے اتنا بڑا سلعہ بھی بن چکا ہے کہ یہ تو وہ غلطی سے مبیضی دویرہ تصور کر لیا گیا تھا ۔ جب مرارہ میں کلانی واقع ہوتی ہے تو اس کا رجحان اس خط کے ساتھ ساتھ بڑھنے کی طرف ہوتا ہے جو دائیں دسویں غضروف کی نوک سے لیکر خط وسطی کو کاٹتا ہوا ناف کے نیچے تک جائے ۔

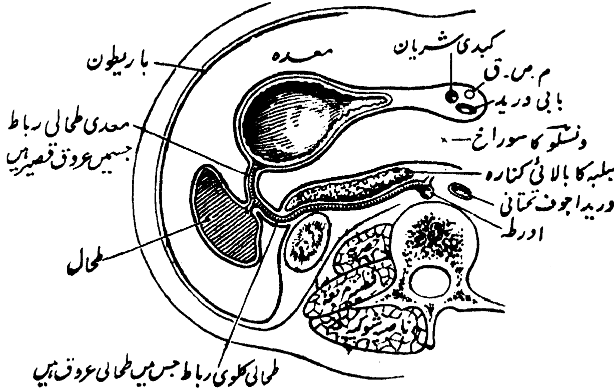
473 **مراری تفویہ** (cholecystostomy) مرارہ کو قعر پر سے کھولنے اور حصیات نکالنے اور اس کی سیلیت قائم کرنے کا عملیہ ہے ۔

مراری معوی تفویہ (cholecystenterostomy) میں مرارہ سے لیکر اثنا عشری یا معدہ کے اندر تک (مراری معدی تفویہ: cholecystogastrostomy) دور قصیہ بنا دیا جاتا ہے ۔ قولون میں یہ نہ بنانا چاہئے کیونکہ مرارہ میں جرثومی تلوث واقع ہو جائیگی ۔

مرارہ برآری (cholecystectomy) میں دویری شریان یا (cystic artery) کو ضرور ابتدا ہی میں احتیاط سے تلاش کر لینا اور باندھ دینا چاہئے ۔ اور دویری قنات کو اسوقت تک نہ کاٹنا چاہئے جب تک کہ محتاط تقطیع سے جراح کو اس امر کا یقین نہ ہو جائے کہ مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کو ضرر پہنچنے کا کوئی خطرہ نہیں ۔ تینوں قناتوں یعنی

دو یری (cystic) اور کبدی اور مشترک کو اچھی طرح سے دیکھ لینا چاہئے، کیونکہ تشریحی بے قاعدگیاں نادر الوقوع نہیں۔ مزید برآں دوران عملیہ میں جب مددگار جگر کو گردش دیتا ہے تو مشترک صفراوی قنات بعض اوقات باہر کی طرف اتنا کھنچ آتی ہے کہ اس کی دیواریں دو یری قنات ہی کا حصہ معلوم ہوتی ہیں۔ اس امر میں احتیاط کرنے سے مشترک قنات اتفاقی طور پر زخمی نہیں ہوتی جس کی مرمت کرنا بعض اوقات بہت مشکل ہوتا ہے۔

طحال - طحال بائیں مراقی خطہ میں گہری واقع ہوتی ہے۔ اور طبعی حالت میں اس کا 474



شکل ۱۰۸۔ شکم کے بالائی حصہ میں سے تراش۔
(روڈنگر :Rüdinger)

جس نہیں کیا جا سکتا، کیونکہ سامنے کے طرف سے یہ معدہ کے قلبی سرے سے بالکل پوشیدہ ہوتی ہے۔ اس کے وہ حصے جو دسویں اور گیارھویں پسلیوں سے پوشیدہ ہوتے ہیں سطح سے قریب ترین ہوتے ہیں۔ اس سے اوپر یہ پھیپھڑے کی کور سے بتمامہ متراکب ہوتی ہے۔ جدور شکم سے یہ ساری کی ساری ڈایافرام کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔" یہ بہت ترچھی واقع ہوتی ہے اور اس کا طویل محور دسویں پسلی کے خط کی تقریباً صحیح صحیح مطابقت کرتا ہے۔ اس کے سب سے اوپر کے اور سب سے نیچے کے مقامات علی الترتیب نویں ظہری اور پہلے قطنی شوکہ کے لیول پر

ہوتے ہیں۔ اس کا اندرونی سرا جسم کے وسطی مستوی سے تقریباً ۱½ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور اس کا بیرونی سرا وسطی بغلی خط کے قریب قریب پہنچتا ہے" (کواین :Quain)۔ اس کی تین سطحیں ہوتی ہیں، معدی اور کلوی اور ڈایا فرامی' (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

جو جراح طحال برآری (splenectomy) کا ارادہ رکھتا ہو اس کے لئے اس کی باریطونی اور حشائی سطحیں اہمیت رکھتی ہیں۔ مستعرض تراش کے رف خطی خاکہ (شکل ۱۰۸) سے ظاہر ہوتا ہے کہ طحال اپنی رسد خون (ا) طحالی شریان سے جو شکمی محور سے نکل کر لبلبہ کے بالائی کنارہ کے موخر جانب کے ساتھ ساتھ پیچ کھاتی ہوئی جاتی ہے اور لبلبہ میں طحالی کلوی باریطونی رباط (lieno-renal peritoneal ligament) میں سے ہو کر داخل ہو جاتی ہے' اور (ب) عروق قصیر سے جو معدی طحالی (gastro-splenic) رباط میں داخل ہوتے ہیں' حاصل کرتی ہے۔ لہٰذا طحال برآری میں ان رباطات کو ابتدا ہی میں واضح کر لینا اور ان کے اندر کے عروق کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں طحال کا بالائی قطب معدہ کے قلبی سرے کے قریب باریطون کے طحالی ڈایا فرامی شکن سے چسپیدہ ہوتا ہے' اور زیریں قطب ضلعی قولونی باریطونی شکن پر متمکن ہوتا ہے' اور لبلبہ کی دم اور قولون سے مس کرتا ہے۔

مخلوع یا سائب طحال (floating spleen) شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے' اگر بالغوں میں یہ کبھی موجود ہوتی ہے۔ یہ عضو اپنی باریطونی اور عرقی چسپیدگیوں ہی سے نہیں بلکہ دیوار شکم کے اس سہارے سے بھی جو دوسرے احشاؤں سے ہو کر اس تک منتقل ہوتا ہے اپنی
475 جگہ پر قائم رہتا ہے۔ گاہے گاہے حرکت پذیر طحال اپنی جگہ سے اس حد تک ٹل جاتی ہے کہ بائیں حرقفی حفرہ میں پہنچ جاتی ہے۔

جب طحال مرض میں کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو اس کا کنگرہ دار مقدم کنارہ دسویں ضلعی غضروف کے نیچے محسوس کیا جا سکتا ہے۔

تضررات ۔ اگرچہ طبعی طحال کی ساخت نہایت خستہ ہوتی ہے لیکن یہ زیادہ کثرت سے منشق نہیں ہوتی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ اس کے تعلقات کا رجحان ارتجاجات اور کوفتگیوں کے اثرات کو اقل بنا دینے کی طرف ہے۔ مگر جب طحال کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو یہ نہایت آسانی سے منشق ہو جاتی ہے! ور اکثر بہت معمولی سی ضرب سے ایسا ہو جاتا ہے۔

چنانچہ عضلات کا زور پڑنے سے کلانی یافتہ طحال کے منشق ہونے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ مثلاً ایک عورت کی طحال گرنے سے بچنے کی کوشش کرتے وقت، اور ایک اور عورت کی طحال ضرب سے بچنے کے لئے ایک طرف کو کود کر بچنے کے دوران میں منشق ہو گئی تھی، اور ایک سپاہی کی طحال بائیسکل کی کاٹھی پر اچھل کر بیٹھنے کی کوشش کرتے وقت پھٹ گئی تھی۔ چونکہ طحال نہائت ہی کثیر العروق ہوتی ہے اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کے انشقاقات نزف کی وجہ سے اکثر مہلک ثابت ہوتے ہیں۔ اسی موضوع کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ دوران ہضم میں طحال میں خون کی مقدار اور سب حالتوں سے زیادہ ہوتی ہے۔ نویں دسویں اور گیارھویں پسلیوں کے شدید کسور میں بعض اوقات طحال کو نقصان پہنچ جاتا ہے، اور یہ دریدہ ہو جاتی ہے۔

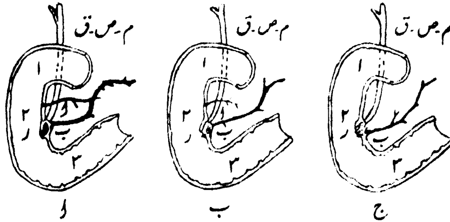
طحال کا کیسہ ایک عضلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس میں ایک متوازن انقباض کی طاقت پائی جاتی ہے۔ اس امر سے اس عضو کے ان محدود زخموں سے جو بندوق کے چھوٹے چھوٹے زخموں کی طرح کے ہوں شفایاب ہونے کے واقعات کی توجیہ ہو سکتی ہے۔ ایسے ضررات میں کیسہ منقبض ہو جاتا ہے اور اس حشا میں جو سوراخ ہوتا ہے اس کو بہت تنگ کر دیتا ہے۔ اور گولی یا چاقو کا راستہ خون کے تھکہ سے بھر جاتا ہے، اور اس طرح جریان خون بعض اوقات بند ہو جاتا ہے۔

طحال برآری (splenectomy) مندرجۂ ذیل حالتوں کے لئے کامیابی سے سرانجام دی جا سکتی ہے:۔ دریدگی اور طحال سائر (wandering spleen) اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) کے لئے، اور طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کے لئے [حتیٰ کہ بینٹی (Banti) کے مرض کے ان مدارج میں بھی جن میں کہبت جگر (hepatic cirrhosis) اور استسقاء واقع ہو گیا ہو]، اور ملیریا اور کالا آزار (kala-azar) اور کبر الطحال مصری (Egyptian splenomegaly) کی کلانیوں کے لئے، اور نیز منخفض المقام تدرن کے نادر الوقوع واقعات کے لئے۔ لیکن شرح اموات کے زیادہ ہونے کی وجہ سے بعض دمویت (leukæmia) میں اس کی سرانجام دہی جائز نہیں۔ 476

صفحہ 474 پر کی شکل کو دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ طحالی عروق طحالی کلوی رباط میں سے گذر کر طحال میں داخل ہوتے ہیں اور ان سے عروق قصیر (vasa breva) نکلتے ہیں جو معدی طحالی ثرب میں سے جو طحالی کلوی رباط کے سامنے واقع ہوتا ہے گذر کر معدہ کو جاتے ہیں۔ لہٰذا طحال کو نکالنے میں اس کو عملیہ کے ابتدا ہی میں آگے کی اور اندر کی طرف کو گھما دینا چاہیئے تاکہ پانچہ تک رسائی ہو جائے۔ اور جب یہ احتیاط سے باندھ دیا جائے تو مزید خوفناک نزف کے وقوع کی امید نہ کرنا چاہیئے۔ عروق قصیر (vasa breva) بعد میں باندھے جا سکتے ہیں۔ طحال کا پانچہ لبلبہ کی دم کے بالائی کنارہ سے تعلق رکھتا ہے اور اسے بندش میں شامل نہ کرنا چاہیئے۔

لبلبہ (pancreas) معدہ کے پیچھے پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ خط وسطی کو یہ وسطی برمعدی (mid-epigastric) خط کے پیچھے عبور کرتا ہے۔ لاغر موضوعات میں اور اس حالت میں جبکہ معدہ اور قولون خالی ہوں یہ بعض اوقات گہرے دباؤ سے استرخائے احشاء میں محسوس کیا جا سکتا ہے۔ معدہ کا سقوط لبلبہ کو انحنائے صغیر کے اوپر معرا چھوڑ دیتا ہے۔ یہ بہت سی اہم ترین ساختوں کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شمسی ضفیرہ کے ساتھ یہ اتنا قریبی تعلق رکھتا ہے کہ یہ ساخت اس کے التہابی عوارض میں لازمی طور پر ماؤف ہو جاتی ہے۔ اور اس کے سر اور اس کی گردن پر کئے عملیتی طریقہ ہائے کار میں اس میں لازمی طور پر خلل پیدا ہوتا ہے۔ **لبلبی قنات** (pancreatic duct) (ورسنگ Wirsung: کی قنات) بالعموم مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کے ساتھ **انتہائی (واٹری Vaterian) انتفاخ** میں ختم ہوتی ہے (شکل ۱۰۹ - ا)۔ اس لئے اگر کوئی مراری حصات اس مقام پر اٹک جائے تو بعض اوقات دونوں قناتیں بند ہو جاتی ہیں یا یہ بھی ممکن ہے کہ صفرا لبلبی قنات میں چلا جائے۔ یہ انتفاخ بعض اوقات جزوی (شکل ۱۰۹ - ب) یا مکمل (شکل ۱۰۹ - ج) طور پر دو حصص میں منقسم ہوتا ہے (۳۰ فیصدی واقعات میں ایسا ہوتا ہے)، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دونوں قناتوں کے دہنے علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں جب صفراوی گذرگاہ کی انتہا بند ہو جاتی ہے تو لبلبی قنات کھلی رہ جاتی ہے۔ ایک معین قنات (accessory duct) (سینٹورینی Santorini:

کی قنات) ۰ ۵ فیصدی موضوعات میں کم و بیش نمو یافتہ حالت میں پائی جاتی ہے بعض اوقات یہ بڑی قنات سے تعلق رکھتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹ ۔ ا میں ظاہر کیا گیا ہے اور بعض اوقات یہ صرف ایک چھوٹی سی قنا تک ہوتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹ ۔ ب میں دکھایا گیا ہے ۔ معین قنات واٹر (Vater) کے انتفاخ سے تقریباً ¾ انچ اوپر بواب کے نسبتاً قریب کھلتی ہے ۔ انتفاخ کے اوپر بالعموم ایک حلیمہ ہوتا ہے جو اثنا عشری میں ابھرا ہوتا ہے ۔ لیکن یہ حلیمہ دار حالت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی ۔ ان قناتوں کے ذریعہ سے عفونتی حالتیں بعض اوقات اثنا عشری سے لبلبہ یا



شکل ۱۰۹ لبلبی اور صفراوی قناتوں کے ختم ہونے کے طریقوں کے اختلافات کو ظاہر کرتی ہے ۔

ا وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات (م ۔ ص ۔ ق) اور اصلی لبلبی قنات (ب) انتفاخ (ا) میں ختم ہوتی ہیں ۔ ا معین قنات ۱ ۔ ۲ ۔ ۳ ۔ اثنا عشری کے پہلے دوسرے اور تیسرے درجے ۔

ب وہ صورت جس میں انتفاخ جزوی طور پر منقسم ہوتا ہے معین قنات چھوٹی کر کے دکھائی گئی ہے ۔

ج وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات اور لبلبی قنات کے اثنا عشری میں کھلنے کے علٰحدہ علٰحدہ فتحات ہوتے ہیں معین قنات موجود نہیں ۔

مرارہ میں چلی جاتی ہیں مشترک صفراوی قنات کا دوسرا درجہ لبلبہ کے سر اور اثنا عشری کے درمیان واقع ہوتا ہے ۔ چنانچہ ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس غدہ کے اس حصہ کے سرطان میں یہ قنات بالکل

مسدود ہو جاتی ہے، اور یرقان پیدا ہو جاتا ہے، یا اثنا عشری یا قولون بھی دباؤ سے کم و بیش مسدود ہو جاتی ہیں، یا قرب و جوار کے عروق بند ہو جاتے ہیں۔ بواب کا سرطان بعض اوقات بلا واسطہ توسیع سے لبلبہ کے سر تک بڑھ آتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں حصوں کے عروق لمف بھی آزادانہ ربط و راہ رکھتے ہیں۔

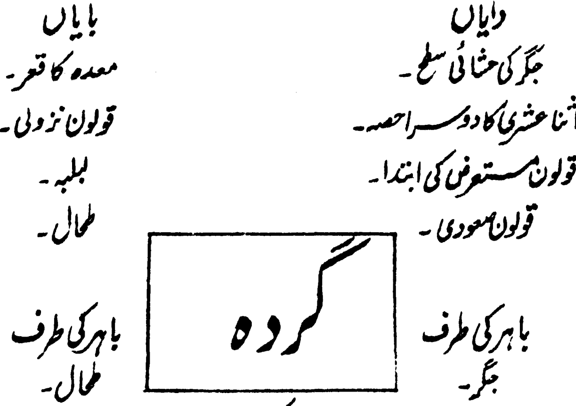
لبلبہ باریطون کے تاچہ صغیر (درجک ثربی: bursa omentalis) کے پیچھے
478 واقع ہوتا ہے۔ اس کی مقدم سطح اس تاچہ کی موخر دیوار سے ڈھکی ہوتی ہے۔ یہ اورطہ کے سامنے اس کی دونوں شاخوں شکمی محور (cœliac axis) اور فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) کے درمیانی زاویہ میں واقع ہوتا ہے۔ جن میں سے قبل الذکر شاخ اوپر ہوتی ہے، اور موخر الذکر نیچے۔ بابی ورید اس غدہ کی گردن کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے۔

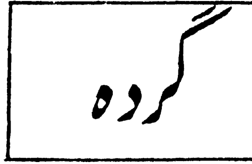
جراحی نقطۂ نگاہ سے لبلبہ کا جسم معدہ کی موخر دیوار کے یا اسکے انحنائے صغیر کے قرحہ (زین نما قرحہ) سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس کی دُم طحال تک پہنچی ہوتی ہے اور طحال کے ساقچہ کی بندش میں بعض اوقات بندھ جاتی ہے۔ لبلبی دویروں کا رجحان بائیں جانب پر طحالی عوجہ کے زاویہ میں نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معدی قولونی ثرب کو عموداً کاٹنے سے ان تک رسائی کی جا سکتی ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں جن کے ساتھ استرخائے معدہ (gastroptosis) بھی موجود ہوتا ہے معدی کبدی ثرب کے وسطی عدیم العروق حصہ میں سے زیادہ آسانی کے ساتھ سوراخ کیا جا سکتا ہے۔

لینگر ہینس (Langerhans) کے جزیرک۔ جب لبلبہ کی خرد بینی تراشوں کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس غدہ کے طبعی عنیبات کے درمیان خلیات کے کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے گروہ دکھائی دیتے ہیں۔ لینگر ہینس کے یہ جزیرک غدہ کے وہ عنیبات ہیں جن کی شکل و صورت میں اندرونی افراز پیدا کرنے کے لئے ترمیم ہو گئی ہے (سویل ونسینٹ: Swale Vincent)۔ ان کی تعداد ۳۰۰ سے لیکر ۴۰۰ تک ہوتی ہے (ایم۔ اے لین: M. A. Lane)۔ ان جزیرکوں کی تباہی سے مرض ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے۔

گردہ - اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں (دیکھو شکل ۱۰۸ و ۱۱۰) :-

سامنے کی طرف





پیچھے کی طرف

ڈایافرام کی محراب کا زیریں حصہ۔

عضلہ قطنیہ مربعہ۔ عضلہ خصریہ۔ عضلہ مستعرضہ۔

آخری پسلی اور اوپر کے دونوں قطنی فقرات کے مستعرض زائدے۔

479 گردے گہرے واقع ہوتے ہیں اور طبعی حالت میں یہ محسوس یا شناخت نہیں کئے جا سکتے۔ عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) کی بیرونی کور پر آخری پسلی کے عین نیچے دباؤ ڈالنے سے ان تک نہایت آسانی سے رسائی کی جا سکتی ہے (شکل ۱۰۷)۔ گردہ کی اصمیت (dullness) دائیں جانب پر جگر کی اصمیت سے اور بائیں جانب پر طحال کی اصمیت سے مل جاتی ہے۔ دایاں گردہ بائیں کی نسبت اوسطاً ½ انچ (ایڈیسن:Addison) نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر دائیں گردہ کا زیریں قطب بھی حرقفی عرف سے ایک انچ اوپر ہوتا ہے۔ اور عملی مقاصد کے لئے یہ کہا جا سکتا ہے کہ یہ سری خطہ کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ عورتوں میں زیریں قطب بعض اوقات حرقفی عرف کے لیول تک پہنچ جاتا ہے۔

سطح جسم پر گردہ کا خاکہ بنانے کا سادہ ترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں قطبوں کے محل پر

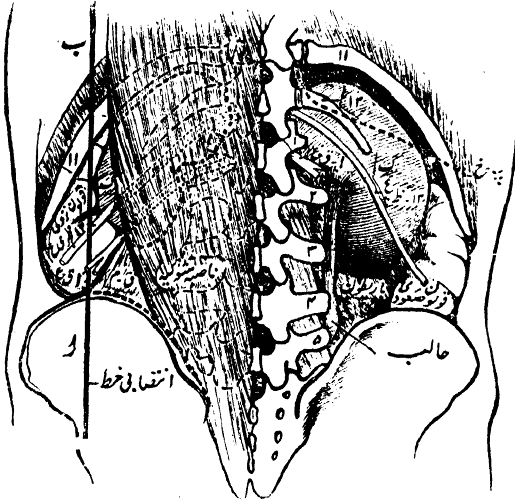
نشان لگائے جائیں اور ان کے درمیان گردہ کا خاکہ جو بخوبی معروف ہے بنا دیا جائے۔ اوپر کا قطب خط وسطی سے ۱½ انچ کے اور نافچہ ۲½ انچ کے اور زیریں قطب تقریباً ۳½ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ نیچے کی پیمائشیں ۳ اور ۴ انچ کے درمیان ہوتی ہیں۔ اور اس اختلاف کا انحصار گردہ کے ترچھے پن اور شکم کی لمبائی اور تنگی پر ہوتا ہے۔ نافچہ پہلے قطنی شوکہ کے بالمقابل عام طور پر پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے اور عبر البواب (transpyloric) مستوی اسکو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ بالائی قطب بارھویں ظہری فقرہ کے جسم کے اور زیریں تیسرے قطنی فقرہ کے جسم کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ گردہ کا طول ۴ انچ ہوتا ہے۔ ڈایا فرام اور عضلہ خصریہ (psoas) عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) اس عضو سے موخر علاقہ رکھتے ہیں۔

جیسا کہ شعاع نگارش میں دکھائی دیتا ہے بالائی قطب اکثر گیارھویں پسلی کے سایہ کے زیریں کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے۔ اگر بارھویں پسلی کے سایہ کو بڑھایا جائے تو وہ اس عضو کو اسی کے بالائی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کاٹیگا۔ اشراب کردہ حالب کی شعاع نگارشوں میں اس کے حوض کا سایہ پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زائدوں کے اور نیز آخری پسلی کے سایہ کو کاٹتا ہوا دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۱۲)۔

480 مقدم سطح کا تھوڑا سا حصہ ہی باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اور اس کے وہ حصے جو قولون اور اثنا عشری یا لبلبہ کی پشت پر کی خلوی بافت سے علاقہ نہیں رکھتے اس غشا سے صرف مس ہی کرتے ہیں (شکل ۱۰۸)۔ خارجی کنارہ باریطون سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ اور موخر سطح اس غشا سے بالکل مبرا ہوتی ہے (شکل ۱۰۸ و ۱۱۰)۔ گردہ کی موخر سطح کو آخری ظہری عصب اور پہلی قطنی شریان کی شاخیں معہ حرقفی زیر معدی (ilio-hypogastric) اور حرقفی اربی (ilio-inguinal) اعصاب کے اوپر سے نیچے کی اور باہر کی طرف کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہیں (شکل ۱۱۰)۔

گردہ کے **انشقاق** سے کسی دوسرے ایسے شکمی حشا کے اسی قسم کے ضرر کی نسبت جو زیادہ کثرت سے مجروح ہوتا ہوا اکثر شفا حاصل ہو جاتی ہے۔ اس امر کا انحصار اس کی وسیع غیر باریطونی سطح پر ہے جس کی وجہ سے خون اور پیشاب کی وعا بدری جو کسی حادثہ کے بعد

واقع ہوتی ہے اکثر تمام بروں باریطونی ہوتی ہے۔ یہ غدہ بعض اوقات پیچھے سے یا صُلب پر سے
481 باریطون کے زخمی ہونے کے بغیر بآسانی زخمی ہو سکتا ہے۔ جب عمود شو کی آگے کی طرف کو



شکل ۱۱۰۔ یہ شکل قطعی خط میں گردہ اور قولون کے تعلقات کو پچھلی طرف سے ظاہر کرتی ہے۔
(مرکل: Merkel سے لی گئی ہے[1])۔

پ خ۔ پلورا کا زیرین خط۔ ۱۱۔ گیارھویں پسلی۔ ۱۲۔ بارھویں پسلی۔ ۱۲۔ ظ۔ ع۔ بارھواں ظہری عصب۔ ل۔ ق۔ ع۔ حرقفی اربی اور حرقفی زیر معدی اعصاب۔ ل۔ ب۔ انتصابی خط جو قولون نزولی (ق۔ ن) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ ق۔ م۔ عضلۂ قطنیہ مربعہ۔ ن۔ ش عضلۂ ناصبہ شوکیہ۔ باریطون دائیں جانب پر گردہ کے سامنے کی طرف سے لیکر قولون تک معکوس دکھایا گیا ہے۔

---

[1] گردے اس وضع میں دکھائے گئے ہیں جو یہ اُسوقت اختیار کرتے ہیں جبکہ جسم اوندھے منہ پڑا ہو۔ چت حالت میں یہ اندر کی اور پیچھے کی طرف گر جاتے ہیں اور وہ وضع اختیار کرتے ہیں جو متن میں ظاہر کیگئی ہے۔ اس جسم میں جس کی تصویر اوپر بنائی گئی ہے، بارھویں پسلی معمولی پسلی سے چھوٹی ہے۔

بہت جھکا ہوا ہو تو گردہ خم کے زاویہ میں وہاں واقع ہوتا ہے جہاں عمود شوکی کی خمیدگی حادترین ہوتی ہے۔ لہٰذا عمود شوکی کی انتہائی خمیدگی میں یہ عظم حرقفی اور نیچے کی پسلیوں کے درمیان بھچ سکتا ہے۔ چنانچہ کمر کی ایسی چوٹوں کے بعد جن میں عمود شوکی آگے کی طرف کو انتہائی درجہ تک جھک گیا ہو (جیسا کہ اس حالت میں ہوتا ہے جب کہ جھکے ہوئے کندھوں پر کوئی بھاری بوجھ گر جائے) بول الدم (hæmaturia) قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔

گردہ ڈھیلی ڈھالی شحمی بافت کی بہت سی مقدار میں مدفون ہوتا ہے، جس سے گرد کلوی کیسہ بنتا ہے۔ اور جو تقیح اس بافت میں پہنچ جائے وہ **گرد کلوی خراج** کہلاتا ہے۔ اس قسم کا خراج خود گردہ کے مرض سے، یا اس کے ہم پہلو حصوں (عمود شوکی، قولون وغیرہ) کے عوارض سے، یا چوٹوں سے، یا "ذاتی" سرایت سے جو فاصلہ پر واقع ہوئی ہو مثلاً جلد کی نبقہ عنبی (staphylococcal) سرائتوں سے پیدا ہوتا ہے۔ پیپ پہلے پہل عضلہ قطنیہ مربعہ کے سامنے ہوتی ہے اور پھر اپنا راستہ اس عضلہ میں سے یا قطنی ردا میں سے بنا لیتی ہے اسکے بعد یہ عضلہ موربہ خارجہ اور عضلہ عریضہ ظہریہ کے ہم پہلو کناروں میں سے گذر کر عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) کی بیرونی کور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ مگر بعض اوقات یہ خراج حرقفی حفرہ میں پھیل جاتا ہے یا اس ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت کے ساتھ ساتھ جو قولون نزولی اور 482
معائے مستقیم کے پیچھے ہوتی ہے حوض تک چلا جاتا ہے۔ یا قولون یا مثانہ یا پھیپھڑے تک میں کھل جاتا ہے۔ نہایت شاذ حالتوں میں یہ باریطون کو بھی منثقب کر دیتا ہے۔ **کلوی خراج** بالعموم غدہ کی غیر باریطونی سطح پر کھلتا ہے۔ بعض اوقات یہ ہم پہلو قولون میں بھی کھل جاتا ہے۔ ایک واقعہ میں ایک کلوی خراج جو حصات سے پیدا ہوا تھا دائیں گردہ سے معدہ کے بوابی سرے میں چلا گیا تھا اور دونوں اعضا میں ایک ربط پیدا ہو گیا تھا۔

گرد کلوی چربی (perirenal fat) جراحی نقطۂ نگاہ سے بہت اہمیت رکھتی ہے۔ کیونکہ اس کے ڈھیلے پن کی وجہ سے اس عضو کا انقاف (enucleation) آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔ پیچھے کی نسبت یہ سامنے کی طرف پر زیادہ افراط سے پائی جاتی ہے۔ اس چربی میں ایک خاص قسم کی ڈھنی خاصیت پائی جاتی ہے اور یہ ایک لچکدار حرکت پذیر اور سہارا دینے والی گدی کا کام دیتی ہے جس میں گردہ میں ڈایافرام کی تنفسی حرکتوں کے لئے

عجیبیت واقع ہو سکتی ہے - جب یہ بافت التہاب سے تباہ یا متغیر ہو جاتی ہے تو گردہ ثبت ہو جاتا ہے اور اس کا دور کرنا ایک بہت مشکل کام ہوتا ہے - اس امر کی وضاحت کلاں تدرنی گردہ کے دور کرنے سے ہوتی ہے جو مدت سے مرض زدہ ہو - گرد کلوی کیسہ کے علاوہ گردہ کا ایک حقیقی کیسہ بھی ہوتا ہے جو طبعی عضو سے باآسانی اتارا جا سکتا ہے - کلوی عروق کے اندر کے خون کے دباؤ سے یہ کیسہ تنیدہ ہو جاتا ہے - التہابی حالتوں میں یہ تنش بعض اوقات اتنی زیادہ ہو جاتی ہے کہ یہ گردہ میں سے خون کے آزادی سے گذرنے میں خلل انداز ہوتی ہے - ایسی مثلی حالتوں کو رفع کرنے کے لئے کیسہ ربائی کی جا چکی ہے -

حرکت پذیر گردہ (movable kidney)- چونکہ گردے ڈایافرام سے قریبی طور پر ملے ہوتے ہیں اس لئے یہ لازمی طور پر اس کے تنفسی حرکات کی متابعت کرتے ہیں- طبعی تنفس میں گردہ کی اوپر اور نیچے کی حرکت تقریباً ½ انچ تک ہوتی ہے - گرد کلوی کیسہ (perirenal capsule) جس میں گردہ ڈھیلے طور پر مدفون ہوتا ہے، زیر باریطونی اتصالی بافت کا صرف ایک مختص حصہ ہوتا ہے - گرد کلوی کیسہ کے حصے مصنوعی طور پر پیش کلوی (prenepheic) اور پس کلوی رداؤں (postnephric fascire) میں علٰحدہ کئے گئے ہیں - گرد کلوی کیسہ اوپر کی جانب ڈایافرام کے اوپر کی گھنی زیر باریطونی بافت سے اور باہر کی جانب عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے اوپر کی اتنی ہی گھنی تہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ 483
اندر کی جانب یہ ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) اور اورطہ کے غلافوں سے متحد ہو جاتا ہے، اور نیچے کی طرف یہ حالب کے ارد گرد ایک ڈھیلی ڈھالی زیر باریطونی بافت کی شکل میں چلا جاتا ہے، اور حوض کی متناظر بافت سے تسلسل قائم کر لیتا ہے - لہٰذا صرف نیچے کی اور اندر کی طرف کی غیر وضعیتیں ممکن ہیں - گرد کلوی کیسہ اور کلوی عروق جو کلوی حرکات کو محدود اور ان کے رخ کو معین رکھتے ہیں صرف اسوقت بروئے کار آتے ہیں جبکہ تنفس کے طبعی حدود سے تجاوز ہو چکا ہو - جو قوت گردوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتی ہے، وہ درون شکمی تنش ہے جو دیوار شکم کے نظام عضلی سے برقرار رہتی ہے اور جس سے دوسرے احشاء گردوں کے مقابل مضغوط رہتے ہیں - کیسہ سے چربی کے جذب ہونے کے ساتھ ہی گرد کلوی کیسہ کی بافت زیادہ

ڈھیلی ہوجاتی ہے اور کلوی حرکات زیادہ غیر محدود ہوجاتے ہیں لہذا حرکت پذیر گردہ اکثر ناقص التغذیہ اشخاص میں پایا جاتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ کہیں زیادہ عام ہوتا ہے۔ قبل الذکر صنف میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ حمل کا ایک خاص اثر ہوتا ہے، جس کا فعل شاید باریطون کو کھینچنے اور اس کے تعلقات کو ڈھیلا کرنے اور نیز وضع حمل کے بعد دیوار ہائے شکم میں ایک عمومی ارتخا پیدا کرنے سے عمل میں آتا ہے۔ دایاں گردہ بائیں گردہ کی نسبت کہیں زیادہ حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی وجہ شائد یہ ہے کہ جگر کا اثر شائد اس کو اپنی جگہ سے ہٹا دیتا ہے۔ ایسے واقعات بھی کم نہیں پائے جاتے جن میں حرکت پذیر گردہ نے مرارہ کی گردن کو دبا دیا ہے اور صفرا کا بہاؤ روک دیا ہے۔ اس میں کچھ شبہ نہیں کہ حرکت پذیر گردہ ایک دائرہ کے قطعہ میں ہلایا جاسکتا ہے جس کا نصف قطر کلوی عروق کے طول کا متناظر ہوتا ہے۔ اور باوجود اسکے غیر وضعیت بعض اوقات معتد بہ ہوتی ہے۔

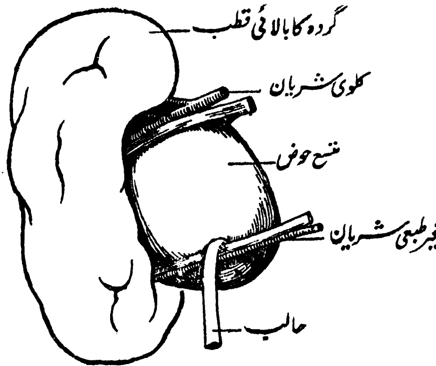
جو جرّی درد (dragging pain) حرکت پذیر گردہ کے ساتھ محسوس کیا جاتا ہے وہ کلوی ضفیرہ کے تناؤ سے پیدا ہوتا ہے جو شمسی (solar) ضفیرہ سے تعلق رکھتا ہے، اور شریانوں کے ساتھ گردہ میں داخل ہوتا ہے۔ گردہ کی عصبی رسد حبل شوکی کے دسویں گیارھویں اور بارھویں ظہری اور پہلے قطنی قطعات سے چھوٹے اور صغیر احشائی اعصاب کے ذریعہ سے آتی ہے (ہیڈ : Head)۔ درد بعید ان حسی اعصاب کے ساتھ ساتھ دیوار شکم پر محسوس ہوتا ہے جو ان قطعات سے آتے ہیں۔

484

گردوں کی غیر طبعی حالتیں ۔ ایک گردہ اور کبھی کبھی دونوں گردے بھی غیر طبعی محل میں نمو پاسکتے ہیں۔ بایاں دائیں کی نسبت اپنی جگہ سے اکثر ٹلا ہوتا ہے۔ اور عجزی حرقفی غضروفی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) یا عجز (sacrum) کے طنف (promontory) پر پایا جاسکتا ہے۔ یا یہ حرقفی حفرہ یا حوض میں شناخت کیا جاسکتا ہے۔ جس گردہ کا محل بے قاعدہ ہوتا ہے اس کی شکل اکثر متغیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات گردہ میں انتہائی درجہ کی تختگی پائی جاتی ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو نوزائیدہ میں موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات حالب کا بالائی حصہ یا تمام حالب دُہرا ہوتا ہے اور مثانہ میں دو حالبی

سوراخ ہوتے ہیں۔ مستزاد شریانیں (supernumerary arteries) اکثر موجود ہوتی ہیں۔ ایسے عروق گردہ کے زیریں قطب کے طرف جاتے ہوئے حالب میں بھچاؤ یا تشنج (kinking) یا استسقائے گردہ (hydronephrosis) پیدا کر دیتے ہیں۔ استسقائے گردہ کے واقعات کے ایک سلسلہ میں ہری فینوک (Hurry Fenwick) نے یہ دریافت کیا ہے کہ حالب کا تشنج ۱۶ فیصدی واقعات میں ایک غیر طبعی عرق سے پیدا ہوا تھا (شکل ۱۱۱)۔

485 گردے حوضی خطہ میں نمو پاتے ہیں اور جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں اوپر چڑھ کر



شکل ۱۱۱۔ غیر طبعی شریان جس کی وجہ سے حالبی حوضی اتصال پر تشنج (kinking) ظاہر ہو گیا ہے، اور استسقائے گردہ پیدا ہو گیا ہے۔
(ہری فینوک : Hurry Fenwick کے مطابق۔)

قطنی محل اختیار کر لیتے ہیں۔ جوں جوں یہ اوپر چڑھنے جاتے ہیں نئے کلوی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ "عجزی" (sacral) گردہ وہ ہے جو دوران صعود میں ٹھہر گیا ہو اور اس کی رسد خون مشترک حرقفی شریانوں سے آتی ہے۔ دُہرا حالب ابتدائی کلوی غنچہ (primary renal bud) کے انقسام سے بنتا ہے۔

بعض اوقات دونوں گردے متحد ہوتے ہیں۔ ان کے" اتحاد کا نہایت ادنیٰ درجہ نعل نما گردہ (horse-shoe kidney) میں دکھائی دیتا ہے۔ دونوں گردے تحتانی حصوں پر بافت کے ایک چپٹے فیتہ نما یا گول پُل سے جو فقراتی عمود اور اورطہ کے اوپر سے گذرتا ہے ملے ہوتے ہیں۔ اتحاد کے زیادہ بڑے درجوں میں دونوں جانبی حصے ایک دوسرے کے زیادہ قریب ہوتے جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اتحاد کے نہایت اعلیٰ درجہ تک پہنچ جاتے ہیں، جس میں ایک مجرد قرص نما گردہ جو خط وسطی پر واقع ہوتا ہے اور جس میں دو یا ایک کما مہ (calyx) ہوتا ہے مکمل اتحاد کو ظاہر کرتا ہے" (روکی ٹینسکی: Rokitansky)۔ جب دونوں گردے اتصالی بافت کی ایک جھلی سے ملے ہوتے ہیں تو یہ حالت عملیہ کی مانع نہیں ہوتی۔ بعض اوقات ایک گردہ بالکل غائب ہوتا ہے[1] اور مجرد گردہ کا محل جانبی یا وسطی ہوتا ہے۔ سرہنری مارس (Sir Henry Morris) نے ان غیر طبعی حالتوں کی شرح وقوع کا مندرجہ ذیل اندازہ پیش کیا ہے۔ ایک گردہ کی خلقی عدم موجودگی یا اس کے انتہائی ذبول کے پائے جانے کی توقع ۴۰۰۰ واقعات میں سے ۱ میں ہوتی ہے[1] اور ۱۶۰۰ واقعات میں سے ۱ میں نعل نما گردہ کے اور ۸۰۰۰ واقعات میں سے ۱ میں مجرد متحدہ گردہ کے پائے جانے کی امید ہوتی ہے[1]۔

عملیہ جات جو گردے پر کئے جاتے ہیں

۔ مریض کو دوسری جانب پر ایک قطنی گدی پر لٹا کر جو مستعرض رخ میں پڑی ہو مندرجہ ذیل شگاف دینے سے گردہ تک خاطر خواہ رسائی کی جا سکتی ہے۔ یہ شگاف عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) کے بیرونی حاشیہ سے بارھویں پسلی کے ½ انچ نیچے سے شروع کیا جاتا ہے اور ترچھے رخ میں نیچے کی اور آگے کی طرف کو مقدم فوقانی حرقفی شوکہ کی طرف ۴ تا ۵ انچ کے فاصلہ تک دیا جاتا ہے۔ یہ شگاف آخری ظہری عصب کا متوازی ہوتا ہے جو اس طرح ضرر سے بچ جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے متوازی رخ میں ایک کافی حد تک بڑھایا جا سکتا ہے۔ عضلات ناصبہ

486

[1] گردوں کی غیر طبعی حالتوں کی زیادہ تفصیل کے لئے دیکھو "یورینری سرجری" (Urinary Surgery) مصنفہ ایف۔ ایس کڈ (F. S. Kidd)۔

شوکیہ و قطنیہ مربعہ کو تضرر سے محفوظ رکھا جاتا ہے۔ اور خارجی اور داخلی عضلات مورب اور عضلہ مستعرضہ کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ اور باریطون کو جسے کھولا نہیں گیا آگے کی طرف کو ہٹا دیا جاتا ہے۔ اور جراح اپنا ہاتھ گردہ کی گرد کلوی چربی پر سے گردے کے گرد پھرا دیتا ہے۔ اور اس حشا کے اوپر سے گاز کا ایک پھندا پھسلا دیا جاتا ہے اور اسے اوپر کی طرف صلب تک اٹھالیا جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے کے لئے آخری پسلی کا جزوی استیصال کر دیا گیا ہے۔ پلورا بارھویں پسلی کی گردن تک پہنچا ہوتا ہے اور گاہے گاہے یہ پہلے قطنی فقرہ کے مستعرض زائدہ تک نیچے اتر آتا ہے (شکل ۱۱۰)۔ بارھویں پسلی اکثر اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ یہ عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور گیارھویں پسلی آخری معلوم ہوتی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو پلورا کو عمداً کھولا جا سکتا ہے۔ اور اس کے بعد اس میں ٹانکے لگائے جا سکتے ہیں۔ اگر مریض نیم اکباب کی حالت میں ہو تو ہبوطِ ریہ کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

اگر گردہ برآری (nephrectomy) مقصود ہو تو پانچہ معرا کر لیا جاتا ہے اور اس کا عرقی حصہ معہ اعصاب کے دو بندشوں کے درمیان سے کاٹ دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد حالب جتنا نیچے رکھ کر کاٹنا درکار ہو کاٹ دیا جاتا ہے اور اس کا کچھ حصہ گردہ کے ساتھ ہی دور کر دیا جاتا ہے۔

نافچہ پر ورید سامنے پائی جاتی ہے، اور شریان اور اس کی شاخیں اس کے پیچھے واقع ہوتی ہیں، اور حالب ان کے بھی پیچھے نیچے کے حصے کی طرف واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان تقریباً عضدی شریان کے برابر ہوتی ہے۔ اور گردہ تک پہنچنے سے پہلے عام طور پر چار یا پانچ یا چھ شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اگر نافچہ پر کی ساختوں کو علٰحدہ علٰحدہ قابو میں لانا ہو تو اس امر کا ذہن نشین رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ ان شاخوں کی ایک تہائی تعداد ہمیشہ حالب کے پیچھے سے گردہ میں داخل ہوتی ہے، اور گردہ کے حوض کے استقصا ہیں ان کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ نافچہ پر ورید کی قائم مقام بھی تین یا چار شاخیں ہوتی ہیں۔ معین کلوی شریانیں بھی بعض اوقات موجود ہوتی ہیں۔ جن میں سے بعض گردہ کے بالائی سرے میں یا اس کی مقدم سطح میں داخل ہوتی ہیں۔ 487

بڑے بڑے کلوی سلعات کو دور کرنے کے لئے شکمی شگاف کا مشورہ دیا جا سکتا ہے،

اور فتحہ نزد وسطی راستہ سے بنایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 389 پر بیان کیا گیا ہے ۔ گردہ کی مزمن التہابی حالتوں میں ـــــ مثلاً طویل المدت تدرنی مرض میں ـــــ گردہ منضم ہوجاتا ہے اور دائیں جانب پر اس کے ورید اجوف (vena cava) سے چسپیدہ ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے ۔ جب یہ بڑی ورید اس طرح منضم ہو تو اس کے صاف کرنے میں بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے ۔ بہت منضم گردہ کو دور کرنے کے دوران میں ڈایا فرام دریدہ ہوچکا ہے ۔

اگر کلوی حصات شگافی (nephrolithotomy) مقصود ہو تو حوض کی موخر جانب میں ایک فتحہ بنالیا جاتا ہے، حصات دور کردیا جاتا ہے، اور شگاف تانت سے باحتیاط سی دیا جاتا ہے اور خط دوخت کے عین اوپر شحمی ردا کا ایک سوید پیوند لگا دیا جاتا ہے بعض اوقات جب ایسا نہیں کیا جاسکتا تو حصات پر کلوی سنخ میں سے براہ راست ایک شگاف دیا جاتا ہے ۔ اور اس کے متعلق یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ یہ شگاف بیرونی اور وسطی تہائی حصوں کے اتصال پر دینا چاہیئے کیونکہ یہ حصہ بقیہ گردہ سے نسبتاً قفنید الدم ہوتا ہے (ہرٹل : Hyrtl) ۔

فوق کلوی اجسام (suprarenal bodies) گردوں کے بالائی قطبوں پر واقع ہوتے ہیں مگر یہ ان اعضا کی نسبت ڈایا فرام سے زیادہ مضبوطی سے متحد ہوتے ہیں، جیسا کہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ گردوں کے ساتھ ہی اپنی جگہ سے نہیں ٹلتے ۔ دایاں جسم جگر کے دائیں لختہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) سے یہ اسقدر نزدیک ہوتا ہو کہ یہ دونوں التہابی انضمامات سے چسپیدہ ہوسکتے ہیں ۔ ان غدد سے ایک اندرونی افراز (ایڈری نیلین :adrenalin) بنتا ہے جو بلاشبہ غیر مخطط عضلات کی تنش کو منظم رکھنے سے تعلق رکھتا ہے ۔ اس کے براہ راست لگانے سے شریانوں میں انقباض پیدا ہوجاتا ہے، اور ورودہ میں تنگی پیدا ہوجاتی ہے ۔ اس غدہ کی وظیفی فعالیت اس کی عصبی رسد سے جو نسبتاً کثیر ہوتی ہے منظم رہتی ہے (کینن : Cannon) ۔ سخت مشقت یا شدید چوٹ یا طویل المدت عملیہ جات کے بعد اس کی ایڈری نیلین (adrenalin) کی مقدار بہت کم یا ختم ہوجاتی ہے ۔ اس جسم کا قشرہ
488 اس مرحلہ سے نمو پاتا ہے جس سے ولفی جسم (Wolffian body) ڈھکا ہوتا ہے ۔ اس کے لُب کو جو نظام مشارکی سے پیدا ہوتا ہے شمسی ضفیرہ (solar plexus) سے بہت سی عصبی رسد آتی ہے ۔

برگردوں (suprarenals) کے مرض سے جلد کی رنگت نحاسی ہوجاتی ہے، جیسا کہ ایڈیسن کے مرض (Addison's disease) میں ہوتا ہے۔

حالبین (ureters) تقریباً ۱۵ انچ لمبی مضبوط نلیاں ہیں جن کی عضلی دیواریں موٹی ہوتی ہیں اور یہ بتمامہ باریطون کے پیچھے واقع ہوتے ہیں، جس سے یہ ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتے ہیں۔ ان کا اوسط عرض پر کے قلم کے برابر ہوتا ہے۔ حالب اوپر سے لیکر نیچے تک مندرجہ ذیل بافتوں پر منحنی ہوتا ہے:۔ (۱) عضلۂ خصریہ (psoas muscle) اور تناسلی ساقی۔ (genito - crural) (تناسلی فخذی: genito-femoral) عصب پر۔ (۲) بائیں جانب پر مشترک حرقفی (common iliac) عروق پر اور دائیں جانب پر خارجی حرقفی (external iliac) پر۔ داخلی حرقفی (internal iliac) شریان پر سے نیچے کی طرف گذرنے کے بعد یہ مثانہ کے موخر کا ذب رباط میں داخل ہوجاتا ہے، اور اس طرح دیوار مثانہ میں پہنچ جاتا ہے۔ عورتوں میں یہ رباط عریض کے قاعدہ میں سے گذرتا ہے، جہاں رحمی شریان عنق الرحم سے تقریباً ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر اس پر چنبر بنا کر گذرتی ہے۔ مثانہ میں داخل ہونے سے پیشتر یہ مہبل کے بالائی حصہ کی چھت پر منحنی ہوتا ہے اور اگر اس درجہ میں کوئی حصات محبوس ہوجائے تو وہ آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اس نلی کا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو مثانہ کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ اور جب حالب میں سے کلوی حصات گذرتے ہیں تو یہ اکثر اس مقام پر پھنس جاتے ہیں۔ دو اور تنگ مقامات ہیں جن پر حصات کے ٹھہرنے کا امکان ہوتا ہے یعنی اس نلی اور حوضِ گردہ کے مقام اتصال پر اور اس مقام پر جہاں یہ حوض کی لگر کو عبور کرتی ہے۔ حالبین میں بہت سا تمدد واقع ہوسکتا ہے، اور تدریجی اتساع کی بعض حالتوں میں یہ معائے صغیر کے برابر بھی چوڑے ہوگئے ہیں۔ حالب کا انشقاق خارجی چوٹ سے ہوسکتا ہے۔ جب اس قسم کا واقعہ ظہور پذیر ہوتا ہے تو عام طور پر پیشاب کا ایک بڑا اجتماع باریطون کے پیچھے بن جاتا ہے اور اس سے تفقیح پیدا ہونے سے جدور کے نیچے ایک متموج سلعہ بن جاتا ہے۔

حالب گردہ کے جوف میں ایک قیف نما کہفہ (کلوی حوض) کی شکل میں پھیل جاتا ہے۔

اور یہ کہفہ کماموں (calyces) میں تقسیم ہوجاتا ہے۔ حوض یا کماموں میں حصات اکثر ٹھہر جاتے
489 ہیں۔ کمامے اتنے تنگ ہوتے ہیں کہ ان میں استقصاء کرنے والی انگلی داخل نہیں ہوسکتی۔

حالب کی عصبی رسد کلوی ضفیرہ سے آتی ہے اور اس کے عروق کلوی اور تحتانی مثانی اور زیر باریطونی ضفیروں سے آتے ہیں۔ اس کے عضلی طبقات میں ایک خاص انقباضی توازن پایا جاتا ہے۔ اور انتہائی تحریک پذیری کا مقام حوضی حالبی (pelvi-uretral) مقام اتصال ہوتا ہے۔ لہذا اسی مقام پر حرکی دودی موجیں شروع ہوتی ہیں اور پیشاب کے چھوٹے چھوٹے قطروں کو مثانہ کی طرف بہالیجاتی ہیں۔ بعض حالتوں میں استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) تنگی کا نتیجہ نہیں ہوتا بلکہ مذکورہ توازن کے مرکز کی کسی فتور یافتہ حالت کا نتیجہ ہوتا ہے۔

حالب کے تشوہات کا بیان پہلے گزر چکا ہے (صفحہ 484)۔

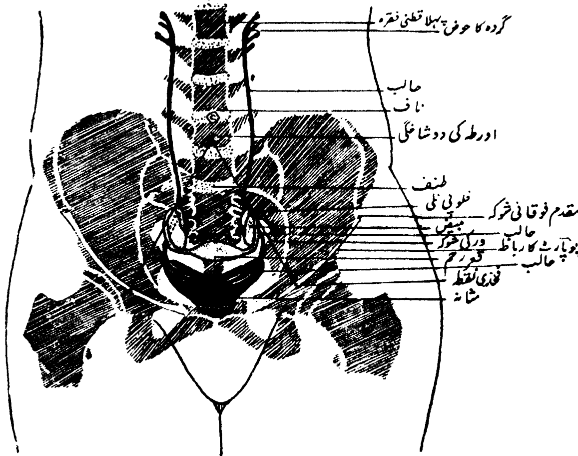
لاشعاعوں کی مدد سے منفرز حصیات کی تلاش کرنے کے لئے حالب کے ممر کو ظاہر کرنے کا مندرجہ ذیل طریقہ مفید ثابت ہوگا۔ گردہ کا حوض اوپر کے دونوں قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیان واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ سطح جسم پر اس کا محل اس نقطہ کے جو مرارہ کے لئے استعمال کیا جاتا ہے عین اندر کی طرف ایک نقطہ متعین کرنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے (صفحہ 467)۔ اور حالب کا خط تیسرے اور چوتھے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کی نوکوں اور عجزی حرقفی غضروفی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ حوض کی کگر پر سے حالب مشترک حرقفی شریان کی دوشاخگی پر سے یا اس کے قریب سے گذرتا ہے، اور یہ مقام اس خط کے اوپر کے ایک تہائی اور نیچے کے دو تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے جو اورطی دوشاخگی سے لیکر فخذی نقطہ تک کھینچا جائے (دیکھو شکل ۱۱۲ اور شکل ۹۸ صفحہ 398)۔

اس کا حوضی ممر خمدار ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ اور اس کے باہر کی طرف کے خم کا انحداب ورکی شوکہ (ischial spine) کے سامنے کی طرف اس سے ½ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ مثانی دہنہ کو سایہ نگارش میں عانی شوکوں سے کچھ فاصلہ پر ان کے اوپر اور اندر کی طرف تلاش کرنا چاہئے۔

حصیات کی تلاش کرتے وقت یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ رحمی اور حوضی وریدوں کے اندر کے وریدی حصیات (phleboliths) اور نیز حوضی لمفی غدد کے باقی ماندہ متکلس حصوں سے بھی گھنے سائے آجاتے ہیں۔

شکمی احشاء کی عصبی رسد۔ جو اعصاب شکمی احشاء کو رسد پہنچاتے ہیں،

490 اور جن شو کی قطعات سے یہ آتے ہیں ان کا کسی قدر ذکر پہلے بھی کیا جا چکا ہے (صفحہ 393)۔ ان احشاء کی زیادہ تر رسد نظام مشارکی میں سے ضفیروں کے ایک سلسلہ کے ذریعہ سے پہنچتی ہے۔ ان میں سے اہم ترین شمسی (solar) ہے جس کے توسیعات معدہ، جگر، طحال، گردوں،



شکل ۱۱۲۔ یہ تصویر حالبین کے ممر اور مثانہ کے محل کو ظاہر کرتی ہے،
جیسے یہ بیریئم کے محلول کا انشراب کرنے کے بعد سایہ نگارش میں دکھائی دیتے ہیں۔ قعر رحم، فلوپی نلیوں اور مبیضین کا محل بھی ظاہر کیا گیا۔

برگردی کیسوں، لبلبہ، اور معا کے ان حصوں کو جاتے ہیں جو فوقانی ماساریقی شریان سے تعلق رکھتے ہیں۔

شمسی ضفیرہ اور اس کے عقدوں میں احشائی اعصاب اور عصب تائیہ کی کچھ شاخیں

491 آکر ملتی ہیں۔ اور کچھ شاخیں ڈایافرامی (phrenic) ضفیرہ میں سے برگردی ضفیروں کو جاتی ہیں۔ ان اعصاب کے ذریعہ سے عروق خون کا قطر یہ اور شکم کے اندر کی مقدار خون منظم رہتی ہے۔ ان میں شکمی احشاء کے لئے نہ صرف درآر یا حسی ریشے ہی موجود ہوتے ہیں بلکہ امعاء کے لئے برآر یا مضیق اور موسع ریشے بھی ان میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ اچھی طرح سے سمجھ لینا چاہئے کہ اگر ان وسیع جالوں پر جن کے اطرافی اور مرکزی تعلقات اتنے وسیع ہیں اور جن کے علاقہ جات حیوی اعضا سے اس قدر اہم ہیں کوئی اثر ڈالا جائے تو اس کے نتائج اہم ہونگے۔ یہ نتائج گہرے ہو طائفے اور ان خطرناک علامات پر مشتمل ہیں جو احشاء کی اور خاصکر ان احشاء کی شدید ضربوں میں پائے جاتے ہیں جو ان بڑے بڑے ضفیروں سے بالکل براہ راست تعلق رکھتے ہیں۔

مستعرض، نزولی، حرقفی، اور حوضی قولونوں کے بُعدی حصوں کو تحتانی ماساریقی ضفیرہ سے اور نیز ان اہم ریشوں سے رسد پہنچتی ہے جو حوضی ضفیرہ سے آتے ہیں۔ قولون کے قربی حصہ کو اگرچہ فوقانی ماساریقی ضفیرہ سے رسد پہنچتی ہے مگر یہ رسد صرف اس کے اس حصہ سے آتی ہے جو بڑے بڑے مراکز سے بہت بعید ہوتا ہے۔ اور یہ ایک بیّن امر ہے کہ ضرر جتنا معدہ سے قریب ہوگا اس سے پیدا شدہ عصبی مظاہر اتنے ہی خطرناک ہونگے ــــ بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں۔ شدید ترین علامات ان حصوں میں پیدا ہوتے ہیں جن پر اعصاب تائیر کا اثر غالب ہے۔

جگر اور معدہ کے بعض امراض میں کندھوں کے درمیان یا کتفین (scapulæ) کے تحتانی زاویوں کے قریب **مشارکی** (sympathetic) یا **بعید** (referred) **درد** ول کی شکایت کی جاتی ہے۔ یہ درد کتف کے زاویہ سے کچھ فاصلہ پر نیچے کی طرف ظاہر ہوتے ہیں۔ معدہ کے اعصاب زیادہ تر ساتویں اور آٹھویں شوکی قطعات سے اور جگر کے آٹھویں اور نویں شوکی قطعات سے آتے ہیں۔ ان قطعات کے جلدی رقبہ جات ان اعضا کے مرض زدہ ہونے پر الیم ہو جاتے ہیں اور ان رقبہ جات کے بعض مقامات پر درد بعید محسوس ہوتا ہے (شکل ۵۰ صفحہ 390)۔ کندھے کی نوک کا درد جو اکثر مرض جگر میں پایا جاتا ہے اس رقبہ میں محسوس ہوتا ہے جس کو چوتھا عنقی قطعہ رسد پہنچاتا ہے۔ اور یہ وہی قطعہ ہے جس سے ڈایافرام اور زیر ڈایافرامی اتصالی بافت کو ڈایافرامی (phrenic) اعصاب کے ذریعہ سے رسد

پہنچتی ہے۔ یہ یاد رہے کہ یہ اعصاب ڈایافرام کی زیریں سطح پر منتفرع ہوتے ہیں، اور جگر کی
فتوریافتہ حالتوں میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سگمانما عوجہ (حوضی قولون) کے مرض اور گھٹنے کے 492
درد میں بظاہر کوئی تعلق معلوم نہیں ہوتا۔ مگر اس عوجہ کے سرطان کے واقعات اور ان مثالوں
میں جن میں یہ براز سے متمدد ہو جاتا ہے اس قسم کے درد کی شکایت کی گئی ہے۔ درد عصب ساد
(obturator nerve) کے ساتھ ساتھ جاتا ہے جو سگمانما عوجہ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور
جب رودہ مرض زدہ ہو تو یہ اس سے بآسانی دب سکتا ہے۔ معائے صغیر میں جو درد پیدا ہوتا ہے
وہ بالعموم ناف کے قرب وجوار یعنی دسویں ظہری عصب کے تفرع سے منسوب ہوتا ہے
(شکل ۵۸ صفحہ 390)۔ یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ یہ درد اتنے تنگ رقبہ سے منسوب
ہوتے ہیں۔ مگر اس کی مکمل توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ تمام معائے صغیر جنینی غذائی خط کے
ایک نہایت ہی چھوٹے حصہ سے پیدا ہوتی ہے۔ کنج ران کے ساتھ ساتھ (بارھویں ظہری اور
پہلے قطنی اعصاب کے ساتھ ساتھ) جو درد ہوتا ہے وہ بہت سے ماخذ سے آتا ہے یعنی گردہ،
حالب، مبیض، خصیتین، فلوپی نالیوں، رحم، زائدہ، اور کولہے کے جوڑ کے امراض سے
اور فتوق سے۔ لہٰذا اگر درد بعید اس خطہ میں محسوس ہو تو مرض کا مبدا معلوم کرنے کے لئے
ان تمام حصوں کے متعلق تحقیقات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

شکم کے عروق خون۔ شکمی اور ملہ کی بعض حشائی شاخوں کی جسامت بڑی
ہوتی ہے، چنانچہ شکمی محور (cœliac axis) اور فوقانی ماساریقی (superior mesenteric)
شریان اتنی بڑی ہوتی ہے جتنی کہ مشترک سباتی (common carotid)۔ طحالی کبدی اور
کلوی عروق تقریباً عضدی (brachial) کے برابر ہوتے ہیں۔ اور تحتانی ماساریقی (inferior
mesenteric) تنے کے سب سے بڑے حصہ کے العاد زندی (ulnar) شریان کے برابر
ہوتے ہیں۔ اگرچہ فوقانی ماساریقی شریان کی شاخوں کے درمیان قبل اس کے کہ ان سے آخری
جال بنے دو یا بعض اوقات تین تفمی محرابیں پائی جاتی ہیں، مگر مقابلتہً چھوٹی سی شاخ کی سدادت
سے بھی رودہ میں گنگرین واقع ہو جاتی ہے۔
اگر یہ یاد رہے کہ قطنی غدد وریدا جوف (vena cava) اور حرقفی وریدوں کے

493 آس پاس واقع ہوتے ہیں تو یہ معلوم ہوجائیگا کہ ان اجسام کی بہت سی کلانی کی وجہ سے دباؤ پڑنے سے تہیج پیدا ہوسکتا ہے۔تمام معائے صغیر کی گنگرین بابی ورید (portal vein) کی سدادیت سے پیدا ہوسکتی ہے۔برنارڈ (Barnard) نے جس واقعہ کی اطلاع دی ہے اس میں سدادیت اس مقام پر التہابی بھچاؤ سے واقع ہوگئی تھی جہاں یہ ورید لبلبہ کی گردن کے پیچھے سے گذرتی ہے۔

ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) کامیابی سے باندھی جاچکی ہے۔ اور مجانب وریدوں میں سے جو کلاں ہوجاتی ہیں بڑی بڑی وریدیں بے قرین (azygos) اور برسعدی اور دروں فقری وریدیں ہیں۔پروفیسر شیٹک (Prof. Shattock) نے ورید اجوف کی مکمل مسدودیت کے ایک واقعہ یعنی ڈاکٹر ڈبلیو ریورس پولک (Dr. W. Rivers Pollock) کے واقعہ کی اطلاع دی ہے۔ڈاکٹر پولک نے ۱۲۰ گز کی ٹٹیوں کی بین الجامعاتی دوڑ ۱۶ سیکنڈ میں جیت لی اور سابقہ اندراجات پر سبقت حاصل کی۔تمام دوڑ میں اس نے اپنا سانس روک رکھا اور جب وہ فیتہ سے آگے گذرا تو اس پر ہبوط طاری ہوگیا۔ سانس روکنے سے خون بڑی بڑی شریانوں میں رک جاتا ہے۔اس قسم کی دوڑ میں قلب اور نابض عضلات خون کو بڑے بڑے وریدی تنوں میں آگے کی طرف کو دھکیلتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ورید اجوف تحتانی بیش متمدد، ضرر رسیدہ اور شاید علقیت زدہ ہوجاتی ہے اور پھر انجام کار مسدود ہوجاتی ہے۔کنج ران سے جو وریدیں بغل اور پستان کی طرف آتی ہیں وہ بتدریج متمدد اور دوالی نما ہوجاتی ہیں اور ورید اجوف تحتانی کی قائم مقام بنجاتی ہیں۔ ڈاکٹر پولک عمر بھر معذور رہا۔ اور اسے لچکدار سہاروں کا استعمال کرنا پڑا۔کلوی وریدیں بھی مسدود ہوگئی تھیں، مگر کلوی اور زیر باریطونی وریدوں میں ربط پیدا ہوگیا تھا، بہرحال گردوں نے ایسا فعل ہرگز نہیں کیا جیسا کہ وہ زمانہ صحت میں کرتے تھے۔

متعدد چھوٹے چھوٹے نہایت اہم تفممات شکمی اورطہ کی حشائی شاخوں اور شکمی جدور کے بعض عروق کے درمیان پائے جاتے ہیں۔یہ تفممات زیر باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں، اور اکثر انہی احشاء سے تعلق رکھتے ہیں جن کی کافی وسیع سطح اس غشاء سے معرا ہوتی ہے۔ جو حشائی شاخیں ان تفممات میں آکر ملتی ہیں وہ کبدی، کلوی، اور برگردی شریانوں اور

494 ان عروق سے آتی ہیں جو اثنا عشری کے زیرین حصہ، لبلبہ، اعور، اور قولون کے صعودی اور نزولی حصوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ مذکورہ بالا عروق سے جو جداری عروق ملتے ہیں وہ ڈایا فرامی (phrenic) اور قطنی اور حرقفی قطنی اور زیرین بین ضلعی اور برمعدی اور منحنی حرقفی (circumflex iliac) شریانوں سے نکلتے ہیں۔ پروفیسر چین (Prof. Chiene) نے ایک واقعہ بالتفصیل بیان کیا ہے۔ اس میں شکمی محور (cœliac axis) اور ماساریقی عروق میں ڈاٹ لگ گئی تھی، لیکن ان شریانوں کی شاخوں میں احشاء کو رسد پہنچانے کے لئے خون کی ایک کافی مقدار ان کے جداری رابطوں کے راستہ سے پہنچ جاتی تھی۔

بابی دوران خون کے تسدد میں جو جگر کے مرض سے پیدا ہوتا ہے

خون بابی ورید میں سے نظامی وریدوں میں مندرجہ ذیل مقامات پر داخل ہو سکتا ہے (شکل ۱۱۳)۔ (۱) معائے مستقیم کے زیرین حصہ پر فوقانی باسوری وریدوں میں سے تحتانی اور وسطی باسوری وریدوں میں۔ (۲) مری پر اکلیلی وریدوں میں سے مریوی وریدوں میں۔ (۳) داسی شکل (falciform) رباط اور رباطات مستدیر میں بابی ورید سے برسعدی کی شاخوں میں۔ (۴) شکم کی موخر دیوار کی زیر باریطونی بافت میں جہاں کلوی اور ڈایا فرامی (phrenic) اور قطنی اور بین ضلعی وریدیں ماساریقی اور لبلبی اور دوسری وریدوں سے خون وصول کرتی ہیں۔ ثرب یا احشائی باریطون اور جداری باریطون کے درمیان انضمامات پیدا کرنے سے جیسا کہ ٹالما مارسن (Talma-Morrison) کے عملیہ میں کیا جاتا ہے بابی اور وریدی دورانات خون کے درمیان نئے اور بڑے بڑے ربط پیدا کردئے جاتے ہیں۔ خارجی حرقفی وریدا اور بابی ورید کے درمیان ربط موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ ربط عام طور پر عمیق برمعدی ورید سے پیدا ہوتے ہیں جو ناف کے قرب و جوار میں کسی سابقہ سُرّی ورید سے مل جاتی ہے۔

صدری قنات

(thoracic duct)۔ صدری قنات بائیں عضلہ قصیہ حلمیہ (sterno-mastoid) کے زیرین حصہ کے نیچے سے تدرن زدہ غدد کے علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو سکتی ہے۔ یا جیسا کہ بعض بیان کردہ واقعات میں ہوا ہے، یہ گردن کی ہول ہیں

کٹ جاتی ہے۔ ہر ایک حالت میں لمف اور کیلوس بہت بڑی مقدار میں زخم سے بہنے لگتا ہے۔ یہ قنات
دوران حیات میں منطمس ہو چکی ہے۔ اور طرہ یہ ہے کہ اس سے کوئی نمایاں علامات پیدا نہیں ہوئے 495
فوق ترقوی مثلث میں سے غدد نکالتے وقت یہ کاٹی اور باندھی جا چکی ہے'' اور کوئی خراب نتیجہ

شکل ۱۱۳ ان مقامات کو ظاہر کرتی ہے جن میں بابی اور نظامی دورانات خون میں ربط موجود ہوتے ہیں۔

(جے۔ ایس۔ بی سٹاپ فورڈ کے مطابق)

496 برآمد نہیں ہوا - لیف (Leaf) نے یہ ثابت کیا ہے کہ صدری قنات موخر منصف میں بے قرینہ (azygos) وریدوں سے اور صدر اور گردن کی دائیں جانب کے لمفی عروق سے آزادانہ ربط رکھتی ہے۔ شکم کے بالائی حصہ میں واقع شدہ خبیث سلعات کے انتشار کے لئے یہ اکثر ایک مجری کا کام دیتی ہے۔ سرطان معدہ میں گردن کی بائیں جانب کے تحتانی عمیق عنقی غدد کی کلانی عام طور پر پائی جاتی ہے۔ اور یہ بعض اوقات پہلی امارت ہوتی ہے جو مشاہدہ میں آتی ہے (ڈبلیو ایم سٹیونس : W. M. Stevens)۔ یہ قنات اکثر ایک ڈلٹا پر ختم ہوتی ہے جو کئی ایک شاخوں سے بنا ہوتا ہے۔ لہذا عملیہ کے بعد کیلوس کے عارضی طور پر بہ نکلنے کا مطلب لازمی طور پر یہ نہیں ہوتا کہ تمام قنات بعد میں ندبہ سے منطمس ہو جائیگی کیونکہ یہ ممکن ہے کہ بعض شاخیں ضرر سے بچ گئی ہوں۔

497

باب ستم

حوض اور احشائے حوض

حوض کا میکانیہ۔ بعض احشاء کے لئے کہفہ کا، اور بعض شکمی اعضا کے لئے سہارے کا، اور جارحہ اسفل اور بہت سے عضلات کے لئے چسپیدگی کے مقام کا کام دینے کے علاوہ، حوض کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں جسم کے وزن کو منتقل بھی کرتا ہے۔ یہ انتقال وزن دو محرابوں کے ذریعہ سے عمل میں آتا ہے۔ ان میں سے ایک کھڑے ہونے کی حالت میں کام آتی ہے اور ایک بیٹھنے کی حالت میں۔ کھڑے ہونے کی حالت میں محراب عجز (sacrum) اور عجزی حرقفی مفاصل اور فنجانات (acetabula) اور ہڈی کے ان تودوں سے جو موخرالذکر دونوں مقامات کے درمیان پھیلے ہوتے ہیں بنی ہے۔ اگر ان کے سوا حوض کے تمام دوسرے حصے کاٹ دئے جائیں تو بقیہ حصے پھر بھی جسم کا وزن برداشت کر سکیں گے اور اس سادہ محراب کو ظاہر کریں گے جس میں سے وزن منتقل ہوتا ہے۔ بیٹھنے کی حالت میں محراب عجز، اور عجزی حرقفی مفاصل اور ورک کی حدبیہ جات (tubera ischiorum) اور ہڈی کے ان مضبوط تودوں پر مشتمل ہوتی ہے جو موخرالذکر دونوں حصوں کے درمیان پھیلے ہوتے ہیں۔ سر ہنری مورس (Sir Henry Morris) نے ان دونوں محرابوں کو فخذی عجزی (femro-sacral) اور

ورکی عجزی (ischio-sacral) نام دیئے ہیں ۔ لااسمی (innominate) ہڈی کا امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ اس کے سب سے موٹے اور سب سے مضبوط حصے وہ ہیں جو ان محرابوں کے خطوط میں واقع ہوتے ہیں ۔" جب محراب میں بہت زیادہ طاقت کی ضرورت ہوتی ہے تو اسے حلقہ کی شکل میں بڑھا دیا جاتا ہے تاکہ ایک محراب مقابل بنجائے یا محراب کے سروں کو ملانے کے لئے ایک بندھن (tie) بنادی جاتی ہے اور اس طرح ان کو باہر کی طرف کو سرکنے سے روک دیا جاتا ہے .... عانین کے جسم اور ان کے افقی فروع سے فخذی عجزی محراب کی اور عانین کے متحدہ فروع اور عظم ورکی سے ورکی عجزی محراب کی بندھن یا محراب مقابل بنتی ہے .... اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ جب حوض کو کوئی زیادہ وزن برداشت 498
کرنا پڑتا ہے، مثلاً حمل میں، تو ارتفاق پر اتنا بار کس طرح پڑتا ہے ا اور جن حالتوں میں یہ جوڑ کمزور یا ماؤف ہوجاتا ہے ان میں اتنی ناطاقتی اور کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی عدم استطاعت کیوں پائی جاتی ہے ۔ اور کساحت (rickets) اور لینت العظام (mollities ossium) میں حوض کا مقدم حصہ جسم کے وزن سے خمیدہ اور بدشکل کیوں ہوجاتا ہے[1]۔ یہاں یہ بیان کیا جاسکتا ہے کہ کساحت کی بدشکلی بچہ کی عمر کے لحاظ سے جس میں یہ مرض شروع ہوا اور اس ہئیت (attitude) کے لحاظ سے جب کہ وہ مریض ہو بہت مختلف ہوتی ہے ۔ کساحتی حوض کی عام قسم میں دونوں فخان ایک دوسرے کے قریب آجاتے ہیں اور حوض کا مقدم حصہ خمیدہ ہوجاتا ہے، جس سے ارتفاق آگے کی طرف کو نکل جاتا ہے، اور کہفہ مستعرض قطر میں بہت تنگ ہوجاتا ہے ۔ شدید حالتوں میں عانی محراب بعض اوقات عملاً ہبوط ہوجاتی ہے ۔ اور افقی فروع ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہوجاتے ہیں ۔

انتصابی ہئیت میں حوض اسقدر مائل ہوجاتا ہے کہ اصلی حوض کی لگر کا مستوی افق کے ساتھ ۶۰° سے لیکر ۶۵° تک کا زاویہ بناتا ہے ۔ عجز کا قاعدہ ارتفاق کے بالائی کنارہ سے تقریباً ۳½ انچ اوپر ہوتا ہے ۔ اور اس کی نوک اس کے زیرین کنارے سے ذرا اونچی ہوتی ہے ۔

---

[1] سر ہنری موریس ۔ " مفاصل " (The Joints) صفحہ ۱۱۹ پر حوض کے میکانیہ کا نہایت گراں قدر بیان پایا جائے گا ۔

(بالغ کے) تمام جسم کا مرکزِ جاذبہ قطنی عجزی زاویہ کے عین اوپر اس خط کے عین وسط پر ہوتا ہے جو عظام فخذی کے سروں کے درمیان کھینچا جائے۔

حوض کے کسور۔ جو کچھ ابھی بیان کیا گیا ہے اس کا ملخص یہ ہے کہ حوض کے کمزور ترین حصے ارتفاق (symphysis) اور عجزی حرقفی جوڑوں پر پائے جاتے ہیں۔ مگر ان حصوں کی ہڈیاں قوی رباطات سے اس مضبوطی سے جڑی ہوتی ہیں کہ ان مفاصل کا خلع بہت نادرالوقوع ہے، اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسر بہت عام ہے۔ حوض کا عام ترین کسر کمزور محراب مقابل 499
میں واقع ہوتا ہے اور عانیین اور عظام ورکی کے فروع پر اثر انداز ہوتا ہے۔ اس کسر میں عجزی حرقفی جوڑ کے قریب رباطات کی اکثر کچھ دریدگی پائی جاتی ہے۔ اور یہ ان حوادث میں پایا جاتا ہے جو نہایت مختلف اقسام کے ضربات سے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ٹلو (Tillaux) نے یوں بیان کیا ہے۔ اگر (ا) حوض کو مقدم موخر رخ میں مضغوط کیا جائے تو قوت کا زیادہ تر بار محراب مقابل پر پڑتا ہے، جو بلا واسطہ ضرب سے مکسور ہو جاتی ہے۔ اگر اس قوت کا سلسلہ جاری رہے تو اس کا رجحان دونوں حرقفی ہڈیوں کو ایک دوسرے سے دور ہٹانے کی طرف ہوتا ہے، اور اس طرح یہ عجزی حرقفی مفصل کے مقدم رباطات کو منشق کر دیتی ہے۔ اور اگر (ب) طاقت کا اثر متعرض ہو تو دونوں قحفانوں کا رجحان دب کر ایک دوسرے کے قریب آنے کی طرف ہوتا ہے۔ محراب مقابل زیادہ خمیدہ ہو جاتی ہے اور انجام کار بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے۔ اسی تسلسل میں ضرب دونوں حرقفی ہڈیوں کو ایک دوسرے کے قریب دھکیل دیتی ہے اور اس حالت میں بار عجزی حرقفی جوڑ پر پڑتا ہے۔ اور اس جوڑ کے موخر رباطات کے ٹوٹنے کا احتمال ہوتا ہے، یا ہڈی کے وہ حصے جو اس جوڑ کے ہم پہلو ہوتے ہیں دریدہ ہو کر علٰحدہ ہو جاتے ہیں۔ گرنے کے ان واقعات میں جب کہ مریض پاؤں یا ورکی حدبہ جات کے بل گرتا ہے یہ سمجھ میں آسکتا ہے کہ بہت سی مثالوں میں بڑی بڑی محرابیں بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے کس طرح ضرر سے بچ جاتی ہیں، اور محراب مقابل مکسور ہو جاتی ہے۔

حوض کے ہر ایک حصہ میں بشمولِ عجز ایسی بلا واسطہ ضرب سے جس کا محل وقوع بہت محدود ہو کسر واقع ہو سکتا ہے۔ مقدم موخر اور موخر فوقانی شوکہ جات بھی علٰحدہ ہو چکے ہیں اور

حرقفی عرف پر بھی کم و بیش یہی صادق آتا ہے۔ موخر الذکر حصہ بطور بربالہ کے علیحدہ ہو سکتا ہے۔ ہڈی کے ساتھ یہ تقریباً چوبیسویں سال پر منجمد ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں مقدم تحتانی شوکی زائدہ دوڑ میں حصہ لینے کے دوران میں عضلہ مستقیمہ کے فعل سے علیحدہ ہو گیا تھا۔

لا اسمی ہڈی (os innominatum) تین تشریحی حصوں میں ٹوٹتی ہے۔ یہ حادثہ تقریباً سترھویں سال کے بعد واقع نہیں ہو سکتا کیونکہ اس زمانہ میں وائی (Y) کی شکل کا غضروف بالعموم کلی طور پر متعظم ہو جاتا ہے۔ اور تینوں ابتدائی ہڈیاں فنجان میں مکمل طور پر متحد ہو جاتی ہیں۔ اس قسم کے اتحاد کے واقع ہونے سے پیشتر کولے کے جوڑ کا اخراج اکثر غضروف میں سے گذر کر حوض میں پہنچ جاتا ہے۔ فنجان میں کسر واقع ہو چکا ہے، اور فخذی کا سر اس کے باریک ترین حصہ میں سے گذر کر حوض میں جا چکا ہے (مرکزی خلع)۔ عانین اور عظم ورکی (ischium) کے کسور میں مثانہ بعض اوقات تیز ٹکڑوں سے دریدہ ہو جاتا ہے اور مجری بول اور رحم کو بھی ضرر پہنچ جاتا ہے۔ عجزی کے کسور میں معائے مستقیم پھٹ چکی ہے اور نیچے کے ٹکڑے سے (جو ہمیشہ آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے) اسطرح مضغوط ہو چکی ہے کہ تقریباً بند ہی ہو گئی تھی۔ 500

ارتفاق عانہ (symphysis pubis)۔ ارتفاق کی ہڈیوں کی علیحدگی بغیر کسر کے شدید چوٹ سے واقع ہو چکی ہے۔ مال گین (Malgaigne) نے تین واقعات کے متعلق اطلاع دی ہے جن میں یہ علیحدگی صرف شدید عضلی زور یعنی دونوں طرفوں کے مقرب عضلات کے انتہائی فعل سے واقع ہوئی تھی۔ منقبض حوض کی حالت میں وضع حمل کے دوران میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے اور اس طرح قیصری عملیہ سے احتراز کرنے کے لئے ارتفاق عانہ کو کاٹا جا سکتا ہے۔ اس کا اتحاد لیفی غضروف اور مستعرض محیطی لیفی بندوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کی گہرائی ½ تا ½۱ انچ کے درمیان ہوتی ہے، اور اسے زیر جلدی طور پر کاٹا جا سکتا ہے، اور اس طرح ہڈیاں پورا ½ انچ کشادہ ہو جاتی ہیں۔ مگر یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ مقدم موخر قطر کو ½ انچ بڑھانے کے لئے ہڈیوں کو ۲ انچ تک دور ہٹانا ضروری ہوتا ہے۔ اور اس قسم کی علیحدگی سے عجزی حرقفی رباطات دریدہ ہو جاتے ہیں اور حوضی احشاء کی پیچیدگیوں کو ضرر پہنچتا ہے۔

عجزی حرقفی جوڑ (sacro-iliac joint) میں بعض اوقات مرض ظہور پذیر

ہوتا ہے۔ طبعی طور پر اس جوڑ میں ایک زلالی فضا اور کسیقدر حرکت موجود ہوتی ہے۔ چونکہ یہ مفصل حوض کی بڑی بڑی محرابوں کی سیدھ میں واقع ہوتا ہے اسلئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اس میں التہاب واقع ہونے کی صورت میں مریض کے کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں اور خاصکر جبکہ جسم کو حوض پر گردش دینے کی کوشش کی جائے بہت سا درد محسوس ہوگا۔

جب **خراج** بنجاتا ہے تو اس کا رجحان آگے کو آنے کی طرف ہوتا ہے' کیونکہ مقدم رباط کمزور ہوتا ہے اور موخر رباط کثیف اور دبیز اور بہت مضبوط ہوتا ہے۔ جوڑ کی حوضی جانب پر پہنچنے کے بعد پیپ بعض اوقات حرقفی حفرہ میں پہنچ جاتی ہے' یا حرقفی خصری (ilio-psoas) غلاف میں داخل ہوجاتی ہے۔ یا یہ قطنی عجزی حبل (lumbo-sacral cord) 501
یا عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے' اور ران میں جاکر فلطاح عظیم کے پیچھے ظاہر ہوجاتی ہے' یا یہ عروق ساد (obturator vessels) کے ساتھ ساتھ چلکر ورقی سوراخ تک پہنچ جاتی ہے اور انجام کار ران کی اندرونی طرف پر نمودار ہوجاتی ہے۔ بعض حالتوں میں خراج پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اس کا منہ جوڑ کی موخر جانب پر بنجاتا ہے۔

پیچھے کی طرف سے اس جوڑ تک رسائی کرنا اس کی گہرائی اور اس کے موخر رباطات کی مضبوطی کی وجہ سے بہت مشکل ہے۔ الوی خطہ میں سے یہ اس شگاف سے بہترین طور پر معرا کیا جاسکتا ہے جو حرقفی عرف کے موخر نصف کے تقریباً متوازی اور اس سے تقریباً ۲ انچ نیچے دیا جائے۔ الوی عضلات اور ردا کاٹ دی جاتی ہے حتیٰ کہ حرقفہ معرا ہوجاتا ہے' اور جراح نسائی کٹاؤ کے بالائی حاشیہ کو انگلی سے محسوس کرلیتا ہے۔ پھر یہ جوڑ عظم حرقفی کا اس خط کے وسط پر تفرفان کرنے سے معرا کرلیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۴ صفحہ 555) جو نسائی کٹاؤ کے مقدم کنارہ سے لیکر اس نقطہ تک کھینچا جاتا ہے جو حرقفی عرف کے موخر اور وسطی تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہو (وھیلر : Wheeler)۔

اس جوڑ کے **عصبی تعلقات** اہم ہیں اسکو فوقانی الوی (superior gluteal) عصب' اور قطنی عجزی حبل (lumbo-sacral cord) اور پہلا عجزی عصب' اور پہلا اور دوسرا موخر عجزی عصب رسد پہنچاتے ہیں (مورس : Morris)۔ قطنی عجزی حبل اور

عصب ساد (obturator nerve) اس مفصل سے بہت قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ ان تعلقات سے یہ معلوم ہوجائیگا کہ عجزی حرقفی (sacro-iliac) مرض میں درد عجزی خط پر (بالائی عجزی اعصاب) اور سرین (الوی عصب) میں محسوس ہوتا ہے۔ کولے اور گھٹنے کے جوڑوں میں اور ران کی اندرونی جانب کے ساتھ ساتھ (عصب ساد) بہت سے درد کی شکائیت کی جاتی ہے۔ ایک یا دو بیان کردہ واقعات میں ساق اور ران کی پچھلی طرف میں شدید درد موجود تھا اور ساتھ ہی ان حصوں کے عضلات میں دردخیز جھٹکے بھی پائے جاتے تھے (قطنی عجزی حبل اور اس کا وہ تعلق جو عظیم نسائی عصب کے ساتھ ہوتا ہے)۔

502 **عجز کا خلع** (dislocation of the sacrum)۔ اس ہڈی کا عجیب و غریب دوہرا انفانہ نما خاکہ اور وہ بہت سے کثیف رباطات جو اس کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہیں اس کو اس جوڑ پر مخلوع ہونے سے باز رکھتے ہیں۔ یہ ہڈی بہت ترچھی واقع ہوتی ہے، اور اس لئے جسم کے وزن کا رجحان اس کے قاعدہ کو حوض کے اندر دھکیلنے اور اس کے راس کو اوپر اٹھانے کی طرف ہوتا ہے۔ مضبوط موخر عجزی حرقفی رباطات پہلی حرکت کو اور عظیم عجزی نسائی رباطات دوسری حرکت کو روکتے ہیں۔

عجزی عصعصی سلعات (sacro-coccygeal tumours)۔ عجزی عصعصی خطہ اکثر خلقی سلعات کا محل ہوتا ہے۔ مزید برآں حوض کے اس حصہ کے ساتھ تیسرا زیریں جارحہ بھی چسپیدہ پایا جاتا ہے جس سے "سہ پائیگی" (tripodism) کی حالت پیدا ہوجاتی ہے۔ عمود شوکی کے اس حصہ سے طفیلی جنینیات بھی اکثر چسپیدہ پائے گئے ہیں۔ منضم جنینیات کی بہت سی مثالوں میں دونوں افراد عمود شوکی کے اس حصہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ بعض عجزی عصعصی سلعات میں سر علمی دویرے اور جلد، عضلہ، عصب، ہڈی، غضروف اور غشائے مخاطی کے ٹکڑے پائے جاتے ہیں۔ یہ عجیب و غریب تودے عصعص کے مقدم حصہ سے اس کے اور معائے مستقیم کے درمیان پیدا ہوتے ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ عصعصی جسم سے پیدا ہوتے ہیں، اور بعض جیسا کہ بلینڈ سٹن (Bland-Sutton) کی رائے ہے اُن ساختوں سے

پیدا ہوتے ہیں جن کو ماہرین جنینیات بعد ہبرزی رودہ (postnatal gut) اور عصبی معوی گذرگاہ (neurenteric passage) کہتے ہیں۔

عجزی عصعصی جوڑ میں بعض اوقات خلع یا مرض واقع ہو جاتا ہے۔ ان میں سے ہر ایک عارضہ میں اس حصہ کے ان عضلات کے ذریعہ سے بکثرت حرکت کرنے سے جو عصعص سے چسپیدہ ہیں (الویہ کبیرہ، عصعصیہ، رافع مبرز اور عضلہ عاصرہ) بہت دور موجود رہتا ہے۔ خلع میں یہ ہڈی بعض اوقات معائے مستقیم میں تطلیل کر آتی ہے اور تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔ اس جوڑ میں اور اس کے اردگرد کے حصوں میں بعض اوقات ایسا شدید وجع العصب "عصعصی درد" (coccygodynia) پیدا ہو جاتا ہے کہ عصعص کا استیصال کرنا پڑتا ہے، یا ان ساختوں کو کاٹنا پڑتا ہے جو اس کی پچھلی طرف کو ڈھانکتی ہیں۔ اس جوڑ اور اس کی اردگرد کی لیفی بافت کو مندرجہ ذیل اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب کی موخر قسمتوں سے، اور پانچویں عجزی اور عصعصی کی مقدم اور موخر قسمتوں سے۔ پیرانہ سالی میں عصعص تعظم سے عجز کے ساتھ متحد ہو جاتا ہے۔

503 **حوض کا فرش اور حوضی ردا** ۔ طبعی حالت میں عظمی حوض کے مخرج میں پیچھے سے آگے کی طرف کو مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں:۔ عضلہ کمثریہ (pyriformis)، عجزی نسائی رباطات، عضلہ عصعصیہ، رافع مبرز (جو نہایت ہی اہم جزو ہے)، اور عجان کا مثلث رباط۔ ان سے حوض کا ڈایا فرام یا فرش بنتا ہے۔ موخر الذکر تینوں ساختیں کہفہ حوض کو عجان سے علٰحدہ کرتی ہیں اور حوضی احشاء کے لئے ایک عضلی گہوارے کا کام دیتی ہے۔

فرش حوض کے روزن ۔ دائیں اور بائیں رافعات مبرز کے عانی عصعصی ریشے ایک تنگ درز کے ذریعہ سے علٰحدہ ہوتے ہیں جو ارتفاق عانہ سے لیکر مبرزی عصعصی جسم تک جاتی ہے۔ اس درز یا سیعہ میں سے فرش حوض کے روزن یعنی مبرزی قنال، مہبل اور مجری بول کھلتے ہیں۔ اس درز کا طول تقریباً ۱ ۳/۴ انچ ہوتا ہے۔ دوران تبرز میں

رافع مبرز کے ریشے ڈھیلے ہوجاتے ہیں اور قنال مبرز پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو حرکت کر جاتی ہے جس سے درز مذکور تقریباً ½ انچ اور لمبی ہوجاتی ہے (آر۔ ایچ۔ پیرامور R. H. Paramore:)۔ دوران وضع حمل میں روزن مہبل جنین کے سر کے گزرنے سے بہت متمدد ہوجاتا ہے۔ عضلی مساعی میں جبکہ شکم کا عضلی نظام بھی منقبض ہوجاتا ہے یہ درز یا سیون عانی عصعصی ریشوں کے انقباض سے چھوٹی ہوجاتی ہے اور قنال مبرز ارتفاق عانہ کی طرف کھنچ جاتی ہے۔ مزید برآں یہ درز قنال مبرز اور بولی تناسلی گذرگاہ کے درمیان عجانی جسم (perineal body) سے پُر ہوتی ہے۔ دائیں اور بائیں عانی عصعصی عضلات کے ہم پہلو کناروں کے درمیان جو بافت حائل ہوتی ہے اس میں بہت سا غیر مخطط عضلہ پایا جاتا ہے۔ سامنے کی طرف سے اس درز کو مثلث رباط سے قوت پہنچتی ہے۔ وسطانی عانی عصعصی ریشے اس رباط پر واقع ہوتے ہیں۔

حوضی ردا (pelvic fascia)۔ حوضی ردا ایک پیچیدہ ساخت ہے جو مندرجہ ذیل حصوں سے مرکب ہوتی ہے:۔ (۱) عضلی غلافات۔ (۲) حشائی غلافات یا کیسہ جات (۳) عرقی غلافات۔ (۴) رافع مبرز کا محرابی (arcuate) رباط۔ **عضلی غلافات** مندرجہ ذیل ہیں:۔ (۱) ردائے ساد (obturator fascia) جو عضلہ سادہ داخلہ
504 (obturator internus) کی حوضی جانب کو پوشیدہ کرتی ہے، اور حوض کے اندرونی حصہ سے اس عضلہ کے مبدا کے اردگرد چسپیدہ ہوتی ہے۔ (۲) وہ لیفی تختہ جو عضلہ کمثریہ (pyriformis) کی حوضی جانب پر ہوتا ہے اور جس میں داخلی حرقفی عروق اور عجزی اعصاب مدفون ہوتے ہیں۔ (۳) رافع مبرز (levator ani) کا غلاف ـــــ اس کی عجانی جانب پر کی تہ مبرزی ردا (anal fascia) کے نام سے موسوم ہے، اور حوضی جانب پر کا طبقہ ردا کی حشائی تہ (visceral layer) کہلاتا ہے۔ (۴) مثلث رباط جو ایک لیفی بافت ہے جس سے مضیق مجری بول (constrictor urethræ) گھرا ہوتا ہے اور جو بصلۂ قضیب کے لئے ایک محکم چسپیدگی کا کام دیتی ہے (ایلیٹ اسمتھ Elliot Smith:)۔ حشائی غلاف یہ ہیں:۔ غدہ قدامیہ (prostate) کا غلاف۔ (۲) مہبل کا غلاف۔ (۳) معائے مستقیم کا غلاف۔ اُن اعضا کی یہ لیفی پوششیں جو حوض کے عضلی فرش پر متمکن ہوتے ہیں عضلہ رافع مبرز

(levator ani) کی بالائی سطح پر حشائی تنسے اور گردعرقی غلافوں سے متحد ہوجاتی ہیں۔
گردعرقی غلافات مندرجۂ ذیل ہیں:۔ (۱) وہ لیفی بافت جو داخلی حرقفی (internal iliac) کی احشائی شاخوں ــ رحمی، مثانی، قدامی (prostatic) اور باسوری (hæmorrhoidal) ــ اور اعصاب کے حوضی ضفیرہ کے اردگرد پائی جاتی ہے (اس بافت کے کچھ حصہ کا ذکر حوضی احشاکے **تعلیقی رباط** :suspensory ligament کے نام سے کیا جاچکا ہے ــ اے۔ ایم۔ پیٹرسن:A. M. Paterson)۔ (۲) وہ لیفی غلاف جو داخلی حیائی (internal pudic) عروق کو گھیرے ہوتا ہے جس کے ایک حصہ کو قنالِ الکاک (Alcock's canal) کہتے ہیں۔

رافع مبرز کا **محرابی وتر** (arcuate tendon) وہ ساخت ہے جو پہلے خطِ سفید کے نام سے بیان کی جاتی تھی۔ یہ لیفی بافت کا ایک مضبوط بند ہے جو حوض کی موخر جانب سے ارتفاق کے زیرین کنارہ کے قریب سے لیکر پیچھے کی طرف کو حوض کی اندرونی جانب تک چلا جاتا ہے اور ورکی شوکہ کے قریب ردائے ساد کی اندرونی سطح پر پہنچ جاتا ہے۔ اس وتری بند سے رافع مبرز کے بہت سے ریشے پیدا ہوتے ہیں۔ تعلیقی یا گردعرقی رباط کو بھی اسی سے سہارا ملتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ اکثر آزاد ہوتا ہے اس لئے محرابی رباط اور ردائے ساد کے درمیان آسانی سے انگلی داخل کی جاسکتی ہے۔ اس مقام پر فتق واقع ہوسکتا ہے۔ عضلی اور عرقی غلافات اپنے نقطۂ تماس پر متحد ہوجاتے ہیں۔ اسطرح حوضی ڈایافرام اور احشاء کے ایک دوسرے کے ساتھ بخوبی متحد ہوجانے سے ایک پیچیدہ ساخت بنجاتی ہے۔

505 **حوضی احشاء کی تثبیت اور ان کی حرکات**۔ احشائے حوض کے اپنے اپنے محل سے ٹل جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس امر کا علم کہ یہ کسطرح مثبت اور اپنی اپنی وضع پر قائم رہتے ہیں عمل علاج کا واحد اصل اصول ہے۔ مثانہ اور معائے مستقیم اور رحم کے لئے یہ ضروری ہے کہ یہ اسطرح واقع ہوں کہ پُر اور خالی ہوسکیں۔ اور ان کا سہارا ایسا ہونا چاہئے کہ یہ ان قوی حرکتوں اور سب قسم کے دباؤ کا مقابلہ کرسکیں جو فعال عضلی اور تنفسی مساعی میں تمام احشائے شکم کو برداشت کرنا پڑتا ہے۔ حشائی حرکت کے آزادانہ واقع ہونے کے لئے

جداری حوضی باریطون ڈھیلا چسپیدہ ہوتا ہے، لیکن مثانہ اور رحم اور معائے مستقیم پر یہ غشا مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ چنانچہ جب ان احشاء میں تمدد واقع ہوتا ہے تو یہ جداری باریطون کے انعکاسات کے زیر مصلی بافت کی نہایت ہی ڈھیلی تہ سے چسپیدہ ہونے کی وجہ سے بآسانی پھسل سکتے ہیں اور حوض میں سے اوپر کی طرف چڑھ سکتے ہیں۔ ان کے مشمولات کے دفعیہ کے دوران میں حشائی عضلی نظام کو ایک نقطۂ ثابت کی ضرورت ہوتی ہے جس پر سہارا لیکر یہ اپنا فعل کر سکے۔ مثانہ کا عضلی نظام عانی قدامی (puho-prostatic) رباط اور غدہ قدامیہ کے کبسہ کے ذریعہ سے عانین کی پشت اور مثلث رباط سے مثبت ہوتا ہے۔ نیز جانبی صادق مثانی رباطات کے ذریعہ سے یہ عضلہ رافع مبرز کے محرابی رباط کے مقدم حصوں سے بھی چسپیدہ ہوتا ہے۔ مہبل بھی محرابی اور مثلث رباطات سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس لئے وضع حمل کے دوران میں یہ رحم کو حوض کے ساتھ بلاواسطہ چسپیدہ کرنے کا کام دیتی ہے۔ قنال مبرز فرش حوض کے روزن کے موخر حصہ میں مثبت ہوتی ہے۔ معائے مستقیم کا قنال مبرز کے ساتھ تسلسل پایا جاتا ہے۔ اس کے طولانی عضلی طبقات کے مقدم بندعجانی جسم میں جاکر ختم ہوتے ہیں۔ مزید براں معائے مستقیم اپنے غلاف کے حشائی ردا کی بالائی تہ کے ساتھ (جو عضلہ رافع مبرز کے اوپر ہوتی ہے) مسلسل ہو جانے سے اور عجز اور عصعص سے مثبت ہوتی ہے۔ حشائی ردا جو رافعات مبرز کی بالائی یا حوضی سطح کو پوشیدہ کرتی ہے اور جس سے اسطرح ان کے غلاف کا کچھ حصہ بنتا ہے، اور مضبوط گرد عرقی غلافات (جن کو تعلیقی رباطات کہا جاتا ہے) احشائے حوض کو مندرجۂ ذیل طریقہ سے سہارا دیتے ہیں۔ اوپر کی طرف یہ حوض کی جانبی دیوار سے رافع مبرز کے لیفی رباط سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ نیچے کی طرف یہ غدہ قدامیہ اور مہبل اور معائے مستقیم کے غلافوں سے متحد ہو جاتے ہیں۔ جب احشاء اپنی طبعی حالت پر ہوتے ہیں اور رافعات مبرز اپنا فعل کرتے ہیں تو یہ رباطات سہارا بھی دیتے ہیں اور ڈھیلے بھی ہو جاتے ہیں۔ جب حوضی ڈایا فرام کے عضلی سہارے ڈھیلے ہو جاتے ہیں یا ان کو ضرر پہنچ جاتا ہے اور احشاء اپنے اپنے محل سے ٹل جاتے ہیں تو صرف اس وقت ہی ایسا ہوتا ہے کہ یہ رباطی سہارے اپنا فعل کرتے ہیں۔ اگر حوضی احشاء مضبوط غلافوں کے ذریعہ سے محفوظ ہوتے تو ان کی زوردار حرکتوں کے دوران میں ان کے اعصاب اور عروق پر بار پڑتا۔ کندھے کے جوڑ میں ایسا ہی ہوتا ہے

506

یعنی عضلات ہڈیوں کو طبعی وضع پر قائم رکھتے ہیں اور رباط صرف اسی وقت ہی کام کرتے ہیں جب کہ عضلہ کے فعل کی حد سے تجاوز ہو جائے۔

حوض کی زیر مصلی بافت ۔ جو ڈھیلی ڈھالی زیر مصلی بافت باریطون کو حوضی رداسے چسپیدہ کرتی ہے اس میں خصوصاً عورتوں میں التہابی عمل واقع ہوجاتا ہے۔ رباطات عریض کے درمیان اور عنق رحم کے اردگرد اور مہبل کے اطراف پر یہ خاص طور پر بافراط موجود ہوتی ہے اور اس سے گرد رحمی اور نزد رحمی بافت بنتی ہے۔ مہبل اور رحم اسی کی وجہ سے آزادانہ حرکت کر سکتے ہیں۔ التہابی اعمال اور خراجات اتصالی بافت کے زیر مصلی طبقہ میں سے حوض کے اطراف کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو بسرعت پھیل سکتے ہیں اور حرقفی حفرہ میں پہنچ سکتے ہیں۔ اسی طبقہ میں حالب اور حرقفی عروق واقع ہوتے ہیں اور یہ اپنے اپنے غلافوں میں بند ہوتے ہیں۔ اس تہ میں لیفی عضلی بند بھی پائے جاتے ہیں جن سے رحمی عجزی اور مستدیر رباطات بنتے ہیں۔ رحمی عجزی رباطات ڈگلس (Douglas) کی جیب کو چاروں طرف سے گھیرے ہوتے ہیں اور مہبل کے بالائی حصہ کو عجز کی ڈھیلی ڈھالی بافت سے وابستہ کرتے ہیں مستقیمی مثانی یا مستقیمی مہبلی جیبوں کی تہ پر باریطون کا جو شکن ہوتا ہے وہ غدہ قدامیہ کے غلاف یا مہبل سے اور عجانی جسم سے لیفی بافت کے اس فاصل کے ذریعہ سے چسپیدہ ہوتا ہے جو معائے مستقیم کو اس کے سامنے کی بافتوں سے علیحدہ کرتا ہے۔

باب بست ویکم 507

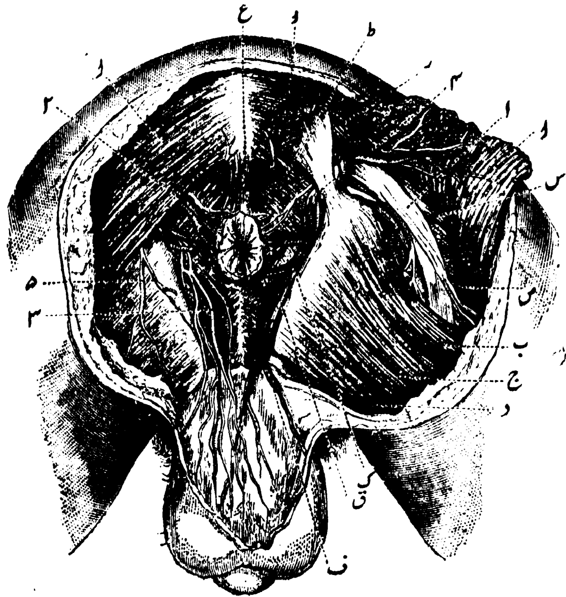
عجان

(THE PERINEUM)

مردانہ عجان (شکل ۱۱۴)۔ یہ ایک معین نما فضا ہے جس کے حدود ارتفاق عانہ، عانی اور ورکی ہڈیوں کے فروع، ورکی حدیبہ جات، عظیم عجزی نسائی رباطات، دونوں عظیم الوی عضلات کی کوروں، اور عصعص سے بنتے ہیں۔ اگر اس فضا کو عبور کرتا ہوا ایک خط ورکی حدیبہ جات کے مقدم سروں کے درمیان اور مبرز کے عین سامنے کھینچا جائے تو وہ عجان کو دو حصوں میں تقسیم کریگا۔ مقدم حصہ مثلث متساوی الاضلاع کے کسیقدر مشابہ ہوتا ہے اور اس کے تمام اضلاع تقریباً ۳ ۱/۴ انچ لمبے ہوتے ہیں، اور اسے **مبالی مثلث** (urethral triangle) کہا جاتا ہے۔ موخر حصہ بھی کسیقدر مثلث شکل کا ہوتا ہے اور معائے مستقیم اور ورکی مستقیمی حفرہ جات پر مشتمل ہوتا ہے اور اسے **مبرزی مثلث** (anal triangle) کہا جاتا ہے۔

عجان کا عظمی ڈھانچہ تمام اطراف سے کم وبیش واضح طور پر محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اور دبلے اشخاص میں عظیم عجزی نسائی رباطات عظیم الوی عضلہ کے نیچے شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ مبرز خط وسطی میں ورکی حدیبہ جات کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس کا مرکز عصعص کی نوک سے

تقریباً ۱½ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے سیون (raphë) کا تعاقب جو جلد کا ایک خط نما جید ہے مبرز سے لیکر عجان اور صفن اور قضیب کے خط وسطی کے ساتھ ساتھ کیا جا سکتا ہے۔ اس خط کو کوئی عرق عبور نہیں کرتا اور اس لئے جب کبھی ممکن ہو عجان میں شگاف دینے کے لئے ہمیشہ یہی خط منتخب 508



شکل ۱۱۴۔ مردانہ عجان۔ (روڈنگر : Rüdinger کے مطابق)

ا۔ الویہ کبیرہ۔ ب۔ نیم وتری عضلہ اور ذوراسین۔ ج۔ مقربہ کبیرہ۔ د۔ رشیقیہ۔ س۔ عضلہ کمتریہ۔ س عضلہ سادہ داخلہ۔ ص۔ عضلہ فخذیہ مربعہ۔ ط۔ رافع مبرز۔ ع۔ خارجی عاصرہ۔ ف۔ عضلہ بصلیہ کہفکیہ۔ ق۔ عضلہ ورکیہ کہفکیہ۔ ک۔ عضلہ مستعرضہ عجانیہ۔ ۱۔ نسائی عصب۔ ۲۔ تحتانی باسوری عروق اور عصب۔ ۳۔ سطحی عجانی عروق اور اعصاب۔ ۴۔ حیائی (داخلی حیائی) عصب (کٹا ہوا ہے)، اور حیائی شریان۔ ۵۔ ران کے موخر جلدی عصب کی عجانی شاخ۔

باب بست ویکم 507

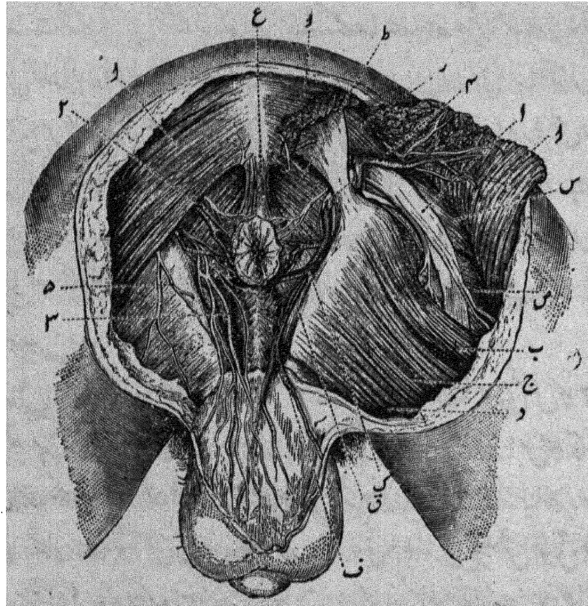
عجان

(THE PERINEUM)

مردانہ عجان (شکل ۱۱۴) ۔ یہ ایک معین نما فضا ہے جس کے حدود ارتفاق عانہ عانی اور ورکی ہڈیوں کے فروع، ورکی حدیبہ جات، عظیم عجزی نسائی رباطات، دونوں عظیم الوی عضلات کی کوروں، اور عصعص سے بنتے ہیں۔ اگر اس فضا کو عبور کرتا ہوا ایک خط ورکی حدیبہ جات کے مقدم سروں کے درمیان اور مبرز کے عین سامنے کھینچا جائے تو وہ عجان کو دو حصوں میں تقسیم کریگا۔ مقدم حصہ مثلث متساوی الاضلاع کے کسیقدر مشابہ ہوتا ہے اور اس کے تمام اضلاع تقریباً ۳ ۱/۴ انچ لمبے ہوتے ہیں، اور اسے **مبالی مثلث** (uretheral triangle) کہا جاتا ہے۔ موخر حصہ بھی کسیقدر مثلث شکل کا ہوتا ہے اور معائے مستقیم اور ورکی مستقیمی حفرہ جات پر مشتمل ہوتا ہے اور اسے **مبرزی مثلث** (anal triangle) کہا جاتا ہے۔

عجان کا عظمی ڈھانچہ تمام اطراف سے کم وبیش واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور دبلے اشخاص میں عظیم عجزی نسائی رباطات عظیم الوی عضلہ کے نیچے شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مبرز خط وسطی میں ورکی حدیبہ جات کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس کا مرکز عصعص کی نوک سے

تقریباً $1\frac{1}{2}$ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے سیون (raphë) کا تعاقب جو جلد کا ایک خط نما جید ہے مبرز سے لیکر عجان اور صفن اور قضیب کے خط وسطی کے ساتھ ساتھ کیا جا سکتا ہے۔ اس خط کو کوئی عرق عبور نہیں کرتا اور اس لئے جب کبھی ممکن ہو عجان میں شگاف دینے کے لئے ہمیشہ یہی خط منتخب 508



شکل ۱۱۴ ۔ مردانہ عجان ۔ (روڈنگر : Rüdinger کے مطابق)

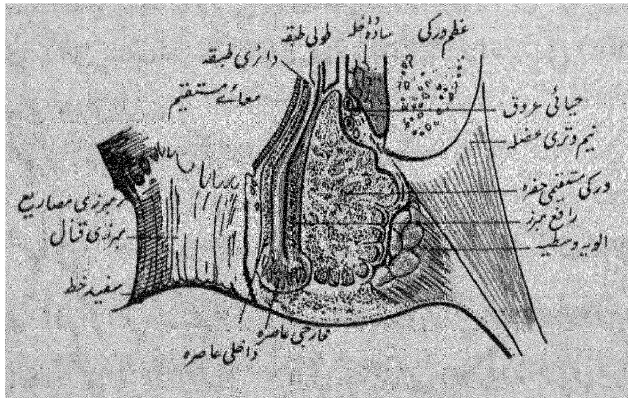
ل ۔ الویہ کبیرہ ۔ ب ۔ نیم وتری عضلہ اور زوراسین ۔ ج ۔ مقربہ کبیرہ ۔ د ۔ رشیقیہ ۔ م ۔ عضلہ کمتریہ ۔ س ۔ عضلہ سادہ داخلہ ۔ ص ۔ عضلہ فخذیہ مربعہ ۔ ط ۔ رافع مبرز ۔ ع ۔ خارجی عاصرہ ۔ ف ۔ عضلہ بصلیہ کہفکیہ ۔ ق ۔ عضلہ ورکیہ کہفکیہ ۔ ک ۔ عضلہ مستعرضہ عجانیہ ۔ ۱ ۔ نسائی عصب ۔ ۲ ۔ تحتانی باسوری عروق اور عصب ۔ ۳ ۔ سطحی عجانی عروق اور اعصاب ۔ ۴ ۔ حیائی (داخلی حیائی) عصب (کٹا ہوا ہے) ، اور حیائی شریان ۔ ۵ ۔ ران کے موخر جلدی عصب کی عجانی شاخ ۔

کیا جاتا ہے۔ خط وسطی پر مبرز کے مرکز اور اس مقام کے درمیانی فاصلہ کے عین وسط میں جہاں صفن عجان سے متحد ہوتا ہے عجان کا مرکزی نقطہ ہوتا ہے۔ دونوں مستعرض عجانی عضلات اور بصلیہ کہفکیہ (bulbo-cavernosus) اور رافع مبرز (levator ani) بھی اسی مقام پر ملتے ہیں، جو مثلث رباط کی تحتانی کور کے نقطہ وسطی کا بھی متناظر ہوتا ہے۔ بصلہ (bulb) عین اس کے سامنے ہوتا ہے۔ اور اسی طرح وہ شریان بھی جو بصلہ کو جاتی ہے اس کے سامنے ہوتی ہے، اور اس لیے حصات شگافی میں شگاف کو اس نقطہ کے سامنے سے ہرگز شروع نہ کرنا چاہیئے۔

509 عجانی فضا کہفۂ حوض سے عضلات رافع مبرز اور اُن ردائی ساختوں کے ذریعہ سے جو ان سے تعلق رکھتی ہیں علٰحدہ ہوتی ہے۔ عجان کی گہرائی کا مطلب جلد اور فرش حوض کا درمیانی فاصلہ ہے۔ اس گہرائی کا انحصار زیادہ تر جلد کے نیچے کی چربی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ مختلف حصوں میں اس میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ عجان کے عقبی اور بیرونی حصوں میں اس کی پیمائش ۲ سے لیکر ۳ انچ تک ہوتی ہے، اور اس فضا کے مقدم حصوں میں یہ ۱ انچ سے کم ہوتی ہے۔

ورکی مستقیمی حفرہ (ischio-rectal fossa) ہرمی شکل کا ہوتا ہے۔ اس کا راس رافع مبرز کے زیرین کنارے پر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۵۱۱)۔ اور اس کا قاعدہ مبرز اور ورکی حدبہ (ischial tuberosity) کے درمیان کی جلد سے بنتا ہے۔ یہ حفرہ راس پر ان لیفی تہوں کے اتحاد سے جو اس کی بیرونی اور اندرونی دیوار کی پوشش ہوتی ہیں بند ہوتا ہے اور یہ جوں جوں آگے کی طرف کو جاتا ہے اتھلا ہوتا جاتا ہے اور مثلث رباط کے قاعدہ کے مقابل ختم ہو جاتا ہے۔ آگے سے پیچھے کی طرف کو اس کی پیمائش تقریباً ۲ انچ ہوتی ہے، اور ایک طرف سے دوسری طرف کو اس کا عرض ۱ انچ ہوتا ہے، اور اس کی گہرائی ۲ اور ۳ انچ کے درمیان ہوتی ہے۔ اس کے حدود یہ ہیں:۔ بیرونی جانب پر عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) ہوتا ہے جو اپنی ردا سے ڈھکا ہوتا ہے، اور داخلی حیائی (internal pudic) عروق اور اعصاب کا لیفی غلاف ہوتا ہے (شکل ۵۱۱)۔ اندرونی جانب پر رافع مبرز ہوتا ہے جو مبرزی ردا سے ڈھکا ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف مثلث رباط کا قاعدہ اور عضلہ مستعرضہ عجانیہ (transversus perinei) ہوتا ہے۔ اور پیچھے کی طرف

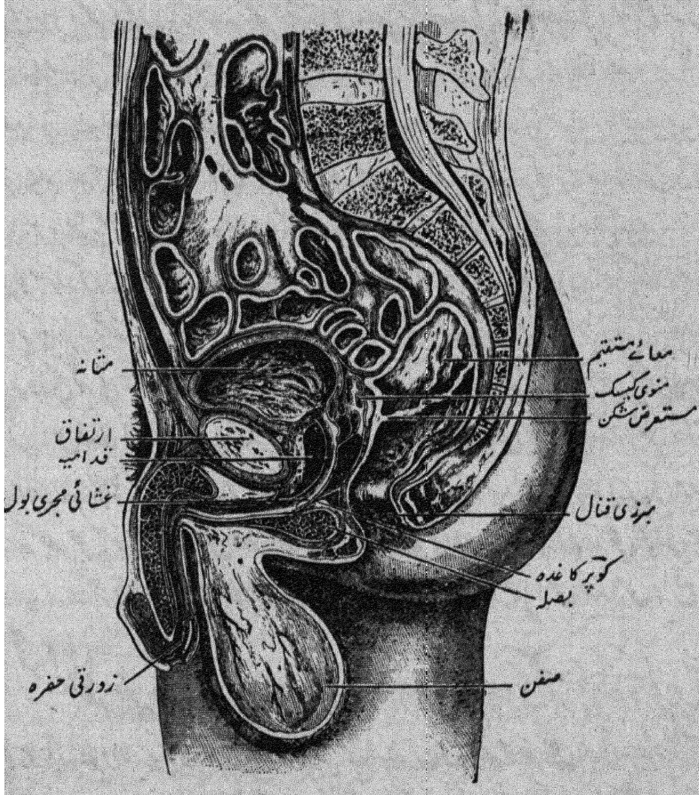
عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) اور عظیم عجزی نسائی رباط (great sacro-sciatic ligament) اور عضلہ عصعصیہ (coccygeus) ہوتے ہیں حیائی (pudic) عروق اور اعصاب (داخلی حیائی: internal pudendal) حدبہ جاست ورکیہ (tuber ischii) کے زیرین کنارہ سے تقریباً ۱½ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتے ہیں۔ اس حفرہ میں چربی کا ایک تودہ موجود ہوتا ہے جو مبرز کے لئے لچکدار تکیہ کے سہارے کا کام دیتا ہے۔ اس شحمی بافت کی خونی رسد ناقص ہوتی ہے، اسی وجہ سے اور نیز اس حصہ کے محل کے نیچا ہونے اور مریض کے نمدار اور سرد نشستوں وغیرہ پر بیٹھنے سے اس کا منکشف ہوجانے سے اس فضا میں خراج کثیر الوقوع ہوتا ہے (**ورکی مستقیمی خراج** ischio-rectal abscess:)۔ ان خراجات سے جو تمام اطراف سے گھرے ہوتے ہیں حفرہ جلد پُر ہوجاتا ہے اور پھر ان کا رجحان دو سمتوں میں جدھر مزاحمت اقل ہوتی ہے پھوٹ نکلنے کی طرف ہوتا ہے، 510



شکل ۱۱۵۔ قنال مبرز اور ورکی مستقیمی فضا کی تراش۔
(پروفیسر ایلیٹ سمتھ اور سر چارلس بال کی تصویروں کی ترمیم کرکے بنائی گئی ہے۔)

یعنی جلد میں سے اور قنال مبرز کی دیواریں سے۔ جب یہ خراج ان دونوں راستوں سے

فاصلہ پر اندر کی طرف کو گذرتی ہے - حیائی (pudic) شریان کا انتہائی حصہ اس رباط کی مقدم سطح کو ارتفاق سے ½ انچ نیچے منثقب کرتا ہے - قضیب کی ظہری ورید حوض میں زیر عانی رباط اور اس 513



شکل ۱۱۶ - مردانہ حوض کی انتصابی مقدم موخر تراش -
(براَن : Braune-)

مثلث رباط کے راسی حصہ (مستعرض حصہ) کے درمیان سے داخل ہوتی ہے - اس کا ظہری عصب

اس ورید کے ساتھ ہی ہوتا ہے (ایلیٹ سمتھ: Elliot Smith)۔ غشائی مجری بول (membranous urethra) کے غیر پیچیدہ واقعات میں پیشاب کی وعابدری اس رباط کی تہوں کے درمیان کی فضا تک ہی محدود رہتی ہے تا وقتیکہ بعد میں واقع ہونیوالا تقیح اپنے نکلنے کے لئے کوئی راستہ نہ بنالے۔ اگر یہ وعابدری مثلث رباط کے پیچھے واقع ہوا اور غدہ قدامیہ (prostate) کا کیسہ منشق ہو تو انصباب پس عانی فضا میں جمع ہو سکتا ہے (ڈینسلی: Deanesley)۔ یا یہ معائے مستقیم کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جا کر حوض کی خلوی بافت میں چلا جاتا ہے۔

مثلث رباط کی عمیق یا حوضی جانب پر غدہ قدامیہ (prostate) واقع ہوتا ہے جو اپنے کیسہ اور قدامی وریدی ضفیرہ سے گھرا ہوتا ہے (شکل ۱۰۶ و ۱۱۶)۔ سطح سے لے کر غدہ قدامیہ تک تقطیع کرنے میں جیسا کہ کننگھم (Cunnigham) نے اچھی طرح سے بیان کیا ہے
514 ردائی اور عضلی بافتوں کے متبادل طبقات ملتے ہیں جن سے کل سات تہیں بنتی ہیں اور وہ یہ ہیں:
(۱) سطحی ردا۔ (۲) سطحی عجانی عضلات۔ (۳) مثلث رباط (مقدم تہ)۔ عاصرۂ مبالی عضلہ (sphincter urethræ muscle) (۵) مثلث رباط (موخر تہ)۔ (۶) عضلہ رافع مبرز۔ (۷) غدہ قدامیہ کا غلاف۔

سنگ مثانہ۔ سنگہائے مثانہ جو پہلے عجانی شگاف سے دور کئے جاتے تھے اب عام طور پر **حصات براری** (litholapaxy) کے عملیہ کے ذریعہ سے مجری بول میں سے توڑ کر اور دھو کر نکال لئے جاتے ہیں۔ یہ عملیہ چھوٹے لڑکوں میں بھی آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔ اگر حصیات اتنے بڑے ہوں کہ توڑے نہ جا سکتے ہوں تو فوق عانی (suprahubic) عملیہ سرانجام دیا جاتا ہے تاکہ ان کے نکالنے کے لئے کافی جگہ ملے۔

سنگہائے مثانہ کے نکالنے کے لئے جو عملیہ جات بچوں پر کئے جاتے ہیں ان میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ بچوں میں بالغوں کے مقابلہ میں حوض نسبتاً زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ مثانہ حوضی عضو ہونے کی نسبت زیادہ تر شکمی عضو ہوتا ہے، اور اس لئے مثانہ کی گردن اونچی واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ حشا بہت حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی چسپیدگی بالغوں کے مثانہ کی نسبت

زیادہ محکم نہیں ہوتی۔ بچوں میں غدہ قدامیہ کم نمو یافتہ ہوتا ہے، اور اس لئے مثانہ کی اصلی گردن کا زیادہ حصہ معرا ہوتا ہے۔ مزید برآں باریطون مثانہ کی موخر سطح پر بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ نیچے اتر جاتا ہے (دیکھو صفحہ 523)۔

عجانی حصات شگافی (perineal lithotomy) اور دوسرے عملیہ جات میں اس راستہ سے مثانہ کی گردن تک پہنچنے کے لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مثانہ سطح جسم سے ۲½ تا ۳ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے جبکہ جسم حصات شگافی (lithotomy) کی وضع میں ہو۔ اگر مثانہ خالی اور معائے مستقیم پر ہو تو غدہ قدامیہ (prostate) اور مثلث (trigone) اور باریطون کا انعکاس سب کے سب اوپر کی اور آگے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ اور اگر مثانہ پر اور معائے مستقیم خالی ہو تو یہ حرکت سمت مقابل میں ہوتی ہے۔ عظیم اشخاص میں مثانہ اور باریطون عجان سے دور ہٹ جاتے ہیں اور لاغر اشخاص میں اس کے برعکس ہوتا ہے۔

فوق عانی حصات شگافی (suprapubic lithotomy)۔ اس

515 عملیہ نے عجانی عملیہ جات کی جگہ لے لی ہے۔ مثانہ کی چوٹی کو اچھی طرح سے ارتفاق کے اوپر لانے کے لئے مثانہ اور معائے مستقیم دونوں متسع کئے جا سکتے ہیں۔ قبل الذکر حشا میں شیر گرم پانی یا محلول بورک (boric lotion) کا اشراب کیا جاتا ہے۔ یہ معلوم کر لیا گیا ہے کہ بالغ میں مطلوبہ تمدد یقینی طور پر حاصل کرنے کے لئے ۸ تا ۱۰ اونس سیال کافی ہوتا ہے۔ ۵ سال کی عمر کے لڑکے میں مثانہ میں ۳ اونس پانی کا اشراب کرنے سے باریطون کا انعکاس ارتفاق سے ۱ انچ سے زائد اوپر چڑھ گیا تھا۔ تقریباً ۳ انچ لمبا شگاف خط وسطی میں ارتفاق کے عین اوپر دیا جاتا ہے اور مثانہ باریطون کے نیچے معرا کر لیا جاتا ہے، اور ایک ٹہک کے ذریعہ سے نیچے کھینچ کر کھول دیا جاتا ہے۔

مثانہ ۔ دوران تبول میں مثانہ کے عضلی طبقات منقبض ہو جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ عضو ایک مخروط نما جسم بنجاتا ہے جو مضبوطی سے منقبض ہوتا ہے، اور اس فعل کے اختتام پر اس کی

استری غشا میں شکن پڑجاتے ہیں، اور اس کا درونہ بالکل غائب ہوجاتا ہے۔ تمام حصوں میں انقباض واقع ہوتا ہے مثلث میں بھی اور گنبد میں بھی۔ جب یہ فعل ختم ہوجاتا ہے تو مثانہ ڈھیلا پڑجاتا ہے اور اس کا خاکہ مثلث نما ہوجاتا ہے اور یہ حوض کے فرش کے مقدم نصف یعنی ڈایا فرام پر چپٹا پڑا ہوتا ہے، اور اس کا راسی حصہ ارتفاق کی موخر جانب کے بالمقابل اس کے ساتھ ملا ہوتا ہے اس کے بعد یہ بھرنا شروع ہوتا ہے۔ بہت چھوٹے چھوٹے وقفوں کے بعد حرکی دودی لہروں کے ذریعہ سے جو آہستہ آہستہ نیچے کی طرف کو بڑھتی رہتی ہیں پیشاب کے چھوٹے چھوٹے فوارے حالبینی سوراخوں میں سے جو مثلث کے جانبی زاویوں پر واقع ہوتے ہیں بہتے رہتے ہیں۔ حالبین مثانہ کو بھرنے کے لئے آبی پمپوں کا کام دیتے ہیں۔ حالبینی سوراخ مصراعدار ہوتے ہیں، اور ان پر جو مثانی عضلی نظام موجود ہوتا ہے وہ اسطرح فعل کرتا ہے کہ اس کا اثر عاصرانہ ہوتا ہے، اور اسطرح پیشاب الٹے رُخ میں نہیں جا سکتا۔ جب مثانہ پُر ہوجاتا ہے تو اس کے عضلی طبقات میں ایک منفعلی انقباض یا تنش پیدا ہوجاتی ہے۔ جیسا کہ تمام غیر اختیاری عضلات میں ہوتا ہے مثانہ کی تنش متوازن ہوتی ہے یعنی اس میں باقاعدگی سے زیادتی اور کمی واقع ہوتی رہتی ہے۔ عضلی طبقات معکوس طور پر ڈھیلے پڑجاتے ہیں اور بڑھتے ہوئے مشمولات کے ساتھ موافقت پیدا کرلیتے ہیں حتیٰ کہ ایک خاص وقت آجاتا ہے۔ اور یہ وقت وہ ہوتا ہے جبکہ پُری اور بے آرامی محسوس ہوتی ہے۔ پیشاب کے اخراج کو (۱) **مثانی عاصرہ** (vesical) 516
(sphincter) (اندرونی عاصرہ) کا جو مثانہ کی عنق اور مجری بول کے ابتدائی حصہ کو گھیرے ہوتا ہے غیر اختیاری یا معکوس فعل (شکل ۱۱۷-ا-ا) اور (۲) اختیاری **مبالی عاصرہ** (urethral sphincter) جو مثلث رباط کی تہوں کے درمیان ہوتا ہے روکے رکھتا ہے (شکل ۱۱۷-س-س)۔ تبول کے فعل کی ابتدا مثانہ کے ارادی ضغطہ سے (جو شکمی اور حوضی عضلی نظام سے عمل میں آتا ہے) ہوتی ہے جو مثانی عاصرہ پر غلبہ حاصل کرنے اور مجری بول کے بالائی حصہ میں پیشاب کو دھکیل دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ جب پیشاب مجری بول کے اندر ہوتا ہے تو یہ عاصرات میں ایک معکوس امتناع (inhibition) پیدا کردیتا ہے اور ساتھ ہی دافع مثانی عضلی نظام کے انقباض میں ہیجان پیدا کردیتا ہے۔ اس طرح دوران حیات میں مثانہ کی شکل اور اس کے تعلقات ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

جب مثانہ کو کسی غیر شفاف محلول سے متوسط درجہ تک متمدد کرلیا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے اس کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس کی شکل مخروطی دکھائی دیتی ہے۔ اور اس کا راس ارتفاق کے پیچھے ہوتا ہے اور اس کا قاعدہ یا اس کی بالائی سطح شکمی احشاء کے دباؤ کی وجہ سے مسنن معلوم ہوتی ہے (شکل ۱۱۲ صفحہ 490)۔ جوں جوں مثانہ کا تمدد بڑھتا جاتا ہے اس کی چوٹی شکم کی مقدم دیوار سے ملتی جاتی ہے۔ نیز اس کی موخر سطح مقدم سطح کی نسبت زیادہ محدب ہوجاتی ہے۔ مقدم جدور پر متمدد مثانہ کی چوٹی کے دباؤ ڈالنے کا یہ رجحان اس عضو کا عانین کے اوپر بزل کرنے اور زیر فوق عانی حصات شگافی (suprapubic lithotomy) میں بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔ جب یہ بہت متمدد ہوتا ہے تو یہ بعض اوقات ناف تک پہنچ جاتا ہے، اور کبھی کبھی ڈایافرام سے بھی چھونے لگتا ہے۔ اس عضو کی معمولی گنجائش تقریباً ایک پائنٹ (pint) ہے، لیکن جب یہ بالکل پر ہوتا ہے تو اس میں سے چند کوارٹ (quarts) بھی نکل سکتے ہیں۔ جب مثانہ اور معائے مستقیم دونوں خالی ہوتے ہیں تو مثانہ کا راس اور باریطون کا گرد مثانی انعکاس ارتفاق عانہ کے بالائی حاشیہ سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ جب مثانہ عانین سے اوپر چڑھتا ہے تو یہ جدور سے مصلی غشا کو علیحدہ کردیتا ہے، اور جوتہ اسطرح اوپر اٹھ جاتی ہے اس سے مثانہ کی مقدم سطح کے بالائی حصہ اور جدور کے درمیان ایک تہ انبان یا باریطون کا ایک شکن بنجاتا ہے۔ جب مثانہ کا راس عانین سے ۲ انچ اوپر ہوتا ہے تو باریطون کا انعکاس انہی ہڈیوں سے ½ انچ سے زیادہ اوپر نہیں ہوتا۔ جب مثانہ کا راس ناف اور عانین کے وسط میں ہوتا ہے تو خط وسطی پر ارتفاق سے عین اوپر ۲ انچ (اتصابی رخ میں) مقدم شکمی دیوار باریطونی استر سے معرا ہوتی ہے۔ چنانچہ متمدد مثانہ کا بزل عانین کے اوپر سے باریطون کو زخمی کئے بغیر کیا جاسکتا ہے، گو ہمیشہ ایسا نہیں کیا جاسکتا (آر۔ تھامپسن R. Thompson :)۔ جب مثانہ متمدد ہوجاتا ہے تو یہ نہ صرف اوپر اٹھ کر شکم ہی میں چلا جاتا ہے بلکہ یہ عجان کی طرف بھی پھیل جاتا ہے اور قدامی اور غشائی مجری بول کے طول کو کم کردیتا ہے۔ 517

مثانہ کی مقدم سطح اور ارتفاق کے درمیان اور اوپر کی طرف سے باریطون سے بند پس عانی (retropubic) یا پیش مثانی (prevesical) فضا ہوتی ہے جس میں ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے (شکل ۱۱۷)۔ جب مثانہ پر ہوجاتا ہے تو اسی بافت کے ڈھیلے پن کی وجہ سے بآسانی اوپر چڑھ جاتا ہے۔ حوض اور مثانہ کے سامنے کے حصوں کے ضربات میں اس بافت میں

ایک منتشر التہاب پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اس کی وسعت بعض اوقات خطرناک حدود تک پہنچ جاتی ہے۔ عجان تک پس باریطونی خراج کی توسیع اُن ردائی انعکاسات سے محدود رہتی ہے جو عانی قدامی اور جانبی مثانی رباطات سے بنتے ہیں۔

مثانہ اگرچہ ایک کافی حد تک مثبت ہوتا ہے مگر یہ اربی اور فخذی اور مہبلی فتوق میں بھی کم نہیں پایا جاتا۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اس کی گردن (مرد میں) اُس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو آگے سے پیچھے کی طرف کو ارتفاق کے وسطی حصہ کے ذرا نیچے سے کھینچا جائے۔ اور یہ اس مفصل سے تقریباً ۱½ انچ (۳ سنٹی میٹر) پیچھے ہوتی ہے لیکن اس کی وضع مثانہ کی پُری اور معائے مستقیم کی حالت کے لحاظ سے بدلتی رہتی ہے۔

باریطون سے مثانہ کے تعلقات

عانی سطح باریطون سے مکمل طور پر معرا ہوتی ہے، اور فوقانی سطح اس غشا سے تمام پوشیدہ ہوتی ہے۔ اطراف پر منطمس زیر معدی
518 (obliterated hypogastric) شریانوں کے سامنے کی طرف یا ان کے نیچے باریطون نہیں ہوتا۔ مثانہ کی موخر جانب پر یہ مصلی غشا نیچے کی طرف اس مستعرض خط تک چلی جاتی ہے جو دونوں منوی کیسکوں (seminal vesicles) کے بالائی حصہ کو ملاتا ہے، اس لئے ان کیسکوں کے بالائی سرے باریطون سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ باریطون کی اس مستقیمی مثانی جیب کا پھیلاؤ مبرز سے تین انچ سے کم فاصلہ تک چلا آتا ہے، اور یہ اس خط سے نیچے نہیں اترتی جو غدہ قدامیہ کے قاعدہ سے ۱ انچ اوپر کھینچا جائے۔ ہیریسن کرپس (Harrison Cripps) نے مبرز اور اس جیب کا درمیانی فاصلہ مثانہ اور معائے مستقیم دونوں کے خالی ہونے کی حالت میں ۲½ انچ، اور ان دونوں اعضاء کے متمدد ہونے کی حالت ۳½ انچ بیان کیا ہے۔ (دیکھو بچوں کا مثانہ صفحہ 522)۔

مثانہ کا کچو کا براستہ معائے مستقیم

مثانہ کا قاعدہ معائے مستقیم کے زیرین حصہ سے ملا ہوتا ہے مگر یہ دونوں اعضاء ایک باریک لیفی فاصل (مستقیمی مثانی) کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ معائے مستقیم سے مثانہ کا جو رقبہ ملا ہوتا ہے وہ مثلث شکل کا ہوتا ہے۔ اس کا قاعدہ غدہ قدامیہ سے بنتا ہے، اور اس کے اطراف منفرج منوی کیسکوں (seminal vesicles) سے

بنتے ہیں، اور قاعدہ باربطون کے مستقیمی مثانی شکن سے بنا ہوتا ہے۔ یہ مثلث متساوی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور تقطیع شدہ نمونہ میں اس کی تمام طرفیں تقریباً ۱½ انچ لمبی ہوتی ہیں۔ یہ اس مثلث (trigone) کی متناظر ہوتی ہے جو اس حشا کے اندر پائی جاتی ہے۔ جب یہ عملیہ براستہ معائے مستقیم سرانجام دیا جاتا ہے تو اُسی مثلث میں سے اور جہاں تک ممکن ہوسکے غدہ قدامیہ کے قریب سے مثانہ کا بزل کیا جاتا ہے۔ جب یہ عضو متمدد ہوجاتا ہے تو باربطون کا مستقیمی مثانی شکن اوپر اٹھ جاتا ہے اور بزل سے اور بھی دور چلا جاتا ہے۔

مثانہ کا انشقاق (rupture of the bladder)۔ مثانہ شکم کی مقدم دیوار کو چوٹ لگنے سے حوض میں کسر واقع ہونے یا چوٹ کی خارجی علامت نمودار ہونے کے بغیر بھی منشق ہوجاتا ہے۔ مگر اس قسم کے انشقاق کا خالی مثانہ میں واقع ہونا مشکل ہے۔ حادثہ کے وقت پر اس کا متمدد ہونا یا پُر ہونا ضروری ہے۔ مثانہ کی مقدم سطح پر انشقاق بہت ہی کم واقع ہوتا ہے۔ دریدگی قاعدۃً فوقانی یا شکمی سطح میں نمودار ہوتی ہے اور باربطون بھی متاثر ہوجاتا ہے۔ یہ چوٹ اس لئے بہت ہی مہلک ثابت ہوتی ہے (۸۰ واقعات میں سے ۵ کو شفا ہوئی)۔ مثانی انشقاق
کی بعض حالتوں میں جراح نے شکم کو کھول کر اس حشا کی دریدگی کو مکمل کامیابی سے ٹانکے لگائے 519
ہیں۔ مثانہ حوض کے کسور میں ہڈی کے ٹکڑوں سے یا معائے مستقیم یا مہبل کے راستہ سے چوٹ لگنے سے منشق ہوسکتا ہے۔ یہ حشا اجتماع بول سے بھی منشق ہوسکتا ہے جیسا کہ بعض شیرخوار بچوں میں مجری بول کے خلقی طور پر بند ہونے کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں "ایک عورت کے مثانہ کی تجہیز ہے جو احتباس بول کی طرف توجہ نہ کرنے سے حالب کے مدخل کے قریب سے پھٹ گیا تھا"۔ مردوں میں تضیق کے غیر ملتفت واقعات میں مثانہ کی جگہ مجری بول پھٹتا ہے، اور پیشاب کی وعا بلدی عجان میں ہوجاتی ہے۔ مثانہ کا چھوٹا سا ٹکڑا مثلاً وہ جو باریک مبزل سے بنتا ہے اس کی عضلی دیواروں کے انقباض سے فوراً بند ہوجاتا ہے۔

مثانہ کی غشائے مخاطی بہت ڈھیلی ہوتی ہے، تاکہ یہ اس کی جسامت کے مختلف

تغیرات سے موافقت پیدا کر سکے، مگر مثلث (trigone) کے اوپر یہ مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اگر ایسا نہ ہوتا تو ڈھیلی غشائے مخاطی دوران تبول میں مبالی سوراخ میں ہمیشہ اسطرح سقوط ہو جاتی کہ مثانہ کی گردن مسدود ہو جاتی۔ جب مثانہ کی غشائے مخاطی کا امتحان مثانہ بین (cystoscope) سے کیا جاتا ہے تو یہ مثانہ کے خالی ہونے کی حالت میں سرخ اور مخملی اور اس کے پُر ہونے کی حالت میں خفیف سی زرد اور عدیم الدم دکھائی دیتی ہے (نیومین Newman:)۔ مثلث (trigone) تین سوراخوں سے محدود ہوتی ہے جو مجری بول اور حالبین کے لئے ہوتے ہیں، اور یہ تساوی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور اس کی تمام طرفیں ۱½ انچ لمبی ہوتی ہیں۔ التہاب مثانہ (cystitis) کے اثرات یہیں نہایت نمایاں ہوتے ہیں اور اس مثلث کے اوپر کی غشائے مخاطی کی سختی سے اُن شدید علامات کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے جو اس ساخت کے حاد التہاب سے پیدا ہوتے ہیں۔ چونکہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں مجری بول کا سوراخ مثانہ کا سب سے نیچا حصہ ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ حصات مثلث کی طرف آجاتے ہیں، اور اندرون مثانہ کے اس حصہ میں ان کے خراش پیدا کرنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس حشا میں جو اجسام
520 غریبہ موجود ہوتے ہیں ان پر بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ مثلث اور گردن پر کی غشائے مخاطی بہت حساس ہوتی ہے، مگر مثانہ کے بقیہ حصہ کے بطون کی معمولی حس خاص طور پر ناقص ہوتی ہے۔ ساؤنڈ (sound) اور قاساطیر گذارتے وقت یہ امر بخوبی معلوم کیا جا سکتا ہے۔

مثانہ کے **اعصاب** زیر معدی (hypogastric) ضفیرہ کے کچھ حصہ سے آتے ہیں۔ زیر معدی ضفیرہ اعصاب کے دو مختلف گروہوں سے بنتا ہے۔ اوپر کا گروہ بالائی قطنی شوکی جڑوں سے شروع ہوتا ہے اور مشارکی کے راستہ سے تحتانی ماساریقی عقدوں تک چلا آتا ہے۔ یہاں سے زیر معدی اعصاب پیدا ہوتے ہیں، اور مشترک حرقفی شریانوں کے سامنے سے گذر کر زیر معدی ضفیرہ تک چلے جاتے ہیں۔ نیچے کا گروہ نیچے کی دو عجزی شوکی جڑوں کی شاخوں سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ شاخیں دونوں طرف مل کر حوضی (pelvic) عصب بناتی ہیں۔ اور حوضی عصب تقریباً وہیں شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو زیر معدی ضفیرہ کو چلی جاتی ہیں۔ اگرچہ بالائی گروہ کے اطرافی سروں (قطنی جڑوں اور زیر معدی اعصاب) کا ہیجان مثانہ اور اس کے دہنہ پر اثرات پیدا کرتا ہے لیکن ان کے استیصال کے بعد تبول کا عمل طبعی طور پر سرانجام پا سکتا ہے۔ لہذا جراحی کا تعلق

صرف نیچے کے گروہ ہی سے ہے۔ اعصاب کے قطنی گروہ سے اوپر یا نیچے حوضی اعصاب یا دونوں طرف کی عجزی قطنی جوڑوں کے کٹنے، یا حبل شوکی کی مکمل مستعرض تراش سے ہمیشہ احتباس بول مع بیش بہاؤ کے پیدا ہوجاتا ہے۔ حوضی اعصاب کے کٹنے اور حبل شوکی کی عبوری تراش سے پیشاب بعض اوقات کچھ عرصہ کے بعد وقفوں پر آنے لگتا ہے، لیکن بقیہ پیشاب کی ہمیشہ بہت سی مقدار موجود رہتی ہے۔ حوضی اعصاب کو بعض اوقات دوران وضع حمل میں ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اس حالت میں مذکورہ عدم استطاعت صرف عارضی ہوتی ہے۔ بعض حوضی عملیہ جات اور خاصکر معائے مستقیم کے استیصال میں دونوں حوضی اعصاب بعض اوقات کٹ جاتے ہیں اور اسکے اثرات مستقلاً باقی رہتے ہیں۔

مثانہ کے **عضلی طبقہ** میں ریشے بنڈلوں کی شکل میں مجتمع ہوتے ہیں جو تمام سمتوں میں گتھے ہوتے ہیں۔ جب یہ مثانہ بیش پروردہ ہوجاتا ہے تو یہ بنڈل بہت نمایاں ہوجاتے ہیں، اور ان سے وہ منظر پیدا ہوجاتا ہے جو مثانہ محزوم (fasciculated bladder) کے نام سے مشہور ہے۔ اس کا مطلب صرف یہ ہے کہ مثانہ کے عضلہ پر کسی ایسی رکاوٹ کو رفع کرنے کے لئے جو پیشاب کے راستہ میں حائل ہو بیجا بار پڑتا ہے، اور اس کی جسامت زیادہ ہوجاتی ہے جیسا کہ 521
ان دوسرے عضلات میں بھی ہوتا ہے جن پر زیادہ بار پڑتا ہے، اور اس زیادتی سے انفرادی بنڈلوں کی ترتیب نمایاں ہوجاتی ہے۔ تمدد سے غشائے مخاطی کرلے عضلی ریشوں کے درمیان سے ابھر آتی ہے، اور اسطرح تاچیک بنجاتے ہیں اور وہ منظر پیدا ہوجاتا ہے جو تاچیک دار مثانہ (sacculated bladder) کے نام سے مشہور ہے بعض حالتوں میں جدور خاصکر ایک حصہ جواب دے دیتے ہیں، اور ایک بڑا سا تاچیک بنجاتا ہے۔ اسطرح ایک ایسا تاچیک پیدا ہوسکتا ہے جو کچھ عرصہ کے بعد بعض اوقات تقریباً مثانہ کے برابر ہی بڑا ہوجاتا ہے، اور اس سے مثانہ مضاعفہ (double bladder) وغیرہ کی مغالطہ انگیز حالت پیدا ہوجاتی ہے۔

حالبین اس حشا کی عضلی دیوار میں تقریباً ۳/۴ انچ تک چلے جاتے ہیں، اور ان کا ترچھا مرا اور قرب وجوار کے مثانی عضلی نظام کا فعل مثانہ سے پیشاب کی بازروی کو روکے رکھتا ہے۔

حالب کے اختتام کو کوئی دائری عضلی ریشے گھیرے نہیں ہوتے اور اس سوراخ کی حفاظت کرنیکے لئے عضلہ عاصرہ کی طرح کی کوئی شئے نہیں ہوتی (ٹی۔ ایچ۔ سی بینئینس: T. H. C. Benians)۔

مثانہ بین کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ دکھائی دیتا ہے کہ ہر ایک حالب ایک منٹ میں ایک یا دو دفعہ منقبض ہوتا ہے، اور پیشاب کی ایک چھوٹی سی دھار مثانہ میں داخل ہو جاتی ہے۔ ان دھاروں کے داخل ہونے کے درمیانی عرصہ میں حالبینی سوراخ دروں مثانی دباؤ سے بند رہتے ہیں۔ اگر حالب چھوٹا ہو جائے جیسا کہ یہ اس حالت میں ہو جاتا ہے جب کہ یہ تدرنی تقرح کا محل ہو تو حالب کا مثانی سوراخ باہر کی طرف کو کھچ جاتا ہے۔ اس کی غشائے مخاطی ڈھیلی چیپیدہ ہوتی ہے، اور یہ پانچہ دار جسم کی شکل میں بعض اوقات مثانہ میں مسقوط ہو جاتی ہے۔ احتباس کی حالت میں حالبین متسع ہو جاتے ہیں، لیکن یہ اتساع مثانہ سے پیشاب کی بازروی واقع ہونیکی بجائے زیادہ تر ان میں پیشاب کے جمع ہونے سے ہوتا ہے۔ عضلہ کا ایک ایک بند حالب کے غلاف سے لیکر مثلث کی ہر ایک طرف کے ساتھ ساتھ مجری بول کے اندرونی بولی منفذ کی طرف جاتا ہے (عضلۂ بیل: Bell's muscle) اور ایک اور بند (سلاخ مرسیر: Mercier's bar) قاعدہ پر سے حالبینی دہنوں کو ملاتا ہے۔ یہ بند حالبینی دہنوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتے ہیں جب کہ مثانہ پُر ہوتا ہے، اور مصراعی میکانیہ کی محافظت کرتے ہیں (رائٹ: Wright اور بینئینس: Benians)۔ سرائتیں مثانہ سے لیکر حالب تک اور حالب سے لیکر گردہ کے حوض تک باآسانی پھیل جاتی ہیں اور حالب کا مصراعی سوراخ ان کے لئے کوئی رکاوٹ پیش نہیں کرتا۔ 522

زنانہ مثانہ کی گردن مردانہ مثانہ کی نسبت ارتفاق سے ذرا زیادہ نزدیک واقع ہوتی ہے، اور یہ اُس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو ارتفاق کے نیچے کے کنارہ سے پیچھے کی طرف کو کھینچا جائے۔ غدہ قدامیہ کی عدم موجودگی کی وجہ سے مثانہ کی گردن بہت تمدد پذیر ہوتی ہے، اور جب اس امر پر مجری بول کے قصر اور اس کی اتساع پذیری کے ساتھ غور کیا جاتا ہے تو اس سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ اسی وجہ سے اکثر حصیات کاٹنے کے بغیر ہی چمٹی سے نکالے جا سکتے ہیں۔ صرف اتساع ہی سے ۱/۲ انچ قطر کے پتھر نکالے جا چکے ہیں۔ متسع مجری بول میں سے حالبین کے سوراخ دیکھے جا سکتے ہیں اور ان کا امتحان کیا جا سکتا ہے۔ مثانہ اور مہبل کے قریبی تعلق کی وجہ سے قبل الذکر کا امتحان موخر الذکر راستہ سے کیا جا سکتا ہے، اور ان کی فارق دیوار کا مقابلتہً

باریک ہونا مثانی مہبلی ناسور کی کثرت وقوع کی توجیہ کرتا ہے۔

حالب کا سوراخ عنق الرحم سے ۳ سنٹی میٹر کے اور مجری بول کے مثانی فتحہ سے ۳ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ حالب کا جو قریبی تعلق عنق الرحم سے ہوتا ہے اس کی وجہ سے اس کے ذوق مہبلی بند میں اور رحم پر کئے گئے بعض عملیہ جات میں اس کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔

بچہ میں مثانہ بیضوی شکل کا ہوتا ہے، اور اس کا انتصابی محور بالغ کے مثانہ سے نسبتاً بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اس بیضوی کہفہ کے بڑے سرے (قاعدہ یا قعر) کا رخ نیچے کی اور پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ قاعدہ تقریباً چوتھے سال میں نمو پاتا ہے، اور حوضی محل اختیار کرتا ہے (برمنگھم Birmingham)۔ چونکہ حوض چھوٹا اور بہت اتھلا ہوتا ہے اس لئے اس حشا کا زیادہ حصہ شکم ہی میں واقع ہوتا ہے۔ کم سن بچہ کے مثانہ کا حصات معائے مستقیم میں انگلی ڈال کر اور ایک ہاتھ شکم کی مقدم دیوار پر رکھ کر دو دستی امتحان کرنے سے اکثر محسوس کیا جا سکتا ہے۔ بوقت پیدائش مجری بول کا سوراخ ارتفاق کی اوپر کی کور کے لیول پر ہوتا ہے۔ اگرچہ مثانہ شکم میں اس آزادی سے تطلیل کرتا ہے لیکن باوجود اس کے اس کی عانی دیوار باریطون سے تمامہ معرا ہوتی ہے۔ موخر دیوار پر عضلی غشا بالغوں کی نسبت زیادہ نیچے تک چلی جاتی ہے، اور بوقت پیدائش یہ مبالی سوراخ تک اور کم عمر لڑکوں میں غدہ قدامیہ کے لیول تک پہنچتی ہے۔ بچوں میں غدہ قدامیہ نہایت ہی چھوٹا ہوتا ہے۔ تھامپسن (Thompson) بیان کرتا ہے کہ ۷ سال کی عمر میں اس کا وزن فقط ۳۰ گرین ہوتا ہے، اور ۱۸ اور ۲۰ سال کے درمیان کی عمر کے موضوعات میں اس کا وزن ۲ء۵ گرین ہوتا ہے۔

غدہ قدامیہ (prostate)۔ غدہ قدامیہ ارتفاق عانہ سے تقریباً ¾ انچ نیچے واقع ہوتا ہے، اور قنال ببرز سے اوپر معائے مستقیم پر متمکن ہوتا ہے (شکل ۱۱۶)۔ لہذا ببرز سے یہ ۱½ تا ۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کا امتحان رودہ کی طرف سے بآسانی کیا جا سکتا ہے۔ غدہ قدامیہ دو جانبی لختوں سے مرکب ہوتا ہے جو مجری بول کے آگے کی طرف ایک عانی ملتقہ (pubic commissure) سے (شکل ۱۱۷) اور اس کے پیچھے کی طرف دو اور ملتقوں سے متحد ہوتے ہیں، جن میں سے ایک (وسطی ملتقہ: median commissure) مشترک قاذف

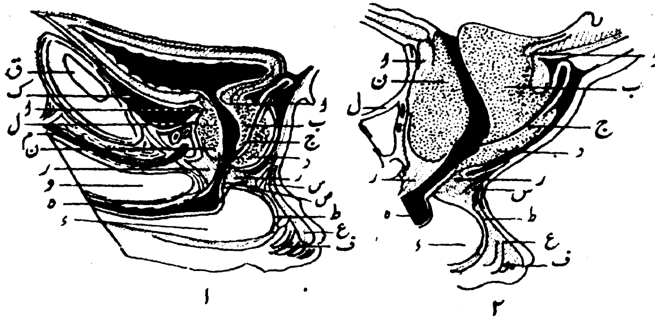
523

قناتوں (common ejaculatory ducts) کے اوپر واقع ہوتا ہے اور ایک (مستقیمی ملتقہ، rectal commissure) اِن قناتوں کے نیچے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۱،۷۔ ب ۔ د)۔ جس حصہ کا نام یہاں وسطی ملتقہ بیان کیا گیا ہے وہ پہلے وسطی لختہ (median lobe) کے نام سے مشہور تھا ـــ یہ ایسا نام ہے جس سے مغالطہ کا احتمال ہے کیونکہ یہ علیحدہ لختہ نہیں ہے بلکہ جیسا کہ پہلے واضح کیا جا چکا ہے دو جانبی لختوں کا صرف مقام اتحاد ہے۔ ہر ایک غدہ کثیر التعداد شاخدار انبوبی غدد (tubular glands) سے بنا ہوتا ہے جو غیر مخطط عضلہ اور لیفی بافت میں مدفون ہوتے ہیں، اور انہی سے گھرے ہوتے ہیں۔ یہ غدد مجری بول میں ـــ خاصکر قدامی جوفوں میں ـــ جاکر ختم ہوتے ہیں، لیکن ان کے افراز کا استعمال معلوم نہیں۔ یہ افراز طویل اور بہت تنگ قناتوں کے ذریعہ سے باہر نکلتا ہے جو مجری بول کے قدامی حصہ میں کھلتی ہیں۔ قدامی خراش کی بعض قسموں میں پیشاب میں چھوٹے چھوٹے سفید غیر شفاف تاگے پائے جاتے ہیں، جو روئی کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں سے بہت مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ قدامی قناتوں کے حقیقی سبائک ہوتے ہیں۔

غدہ قدامیہ کا کیسہ (capsule of the prostate)۔ غلافی بافتہ

غدہ قدامیہ کی تدبیر علاج کی حیثیت سے جو کامیابی انقاف (enucleation) میں ہوئی ہے اسکی وجہ سے حال ہی میں اس غدہ کی غلافی ساختوں کے متعلق بہت کچھ بحث ہوئی ہے۔ **کیسہ**
524 (capsule) کی اصطلاح اس غدہ کے سطحی لیفی عضلی طبقہ کے لئے تجویز کی گئی ہے، اور **غلاف** (sheath) کی اصطلاح اس کو ملفوف کرنے والی اُس لیفی ساخت کے لئے اختیار کی گئی ہے جو حوضی ردا سے مشتق ہوتی ہے۔ انقاف (enucleation) کرتے وقت غدہ بالعموم کیسہ کے اندر سے نکالا جاتا ہے۔ غلاف (sheath) کیسہ کے ساتھ صرف ایک مقام یعنی مقدم یا عانی سطح پر ہی مضبوطی سے منضم ہوتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔ چونکہ غدہ قدامیہ کا قاعدہ مثانہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے، اور یہ غلاف سے معرا ہوتا ہے، اور باقی تمام مقامات پر یہ اس میں بند ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مثانہ کی طرف سے غلاف میں بآسانی داخل ہو سکتے ہیں، اور غدد کا انقاف کر سکتے ہیں (شکل ۱۱،۷۔ ب)۔ غدہ قدامیہ کا راس مبالی عاصرہ (sphincter urethræ) پر متکن ہوتا ہے، اور اس کی طرفیں رافع مبرز کے عانی مستقیمی

(عانی عصعصی) ریشوں کے ساتھ ملی ہوتی ہیں۔ اس لئے غدہ قدامیہ کا غلاف (sheath) اِن دونوں عضلات کے ہم پہلو غلافوں سے متحد ہوتا ہے۔ وریدوں کا قدامی ضفیرہ جس میں مثانی وریدیں قضیب کی ظہری ورید کی معاون اور ریلطی شاخیں داخلی حیائی (internal pudic) (حیائی) اور ساد وریدیں (obturator veins) آکر ملتی ہیں اُس لیفی بافت میں واقع ہوتا ہے جو غدہ قدامیہ اور عضلہ رافع مبرز کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ان وریدوں کے باہر کی طرف کی بافت غلاف (sheath) تصور کی جاتی ہے، اور اندر کی طرف کی کیسہ



شکل ۱۱۷۔ ۱۔ طبعی غدہ قدامیہ کی وسطی تراش۔ ۲۔ کلانی یافتہ غدہ قدامیہ کی ویسی ہی تراش۔

ا ا۔ عاصرہ مثانہ۔ ب۔ وسطی لمتقہ۔ ج۔ مشترک قاذف قنات۔ د۔ مستقیمی لمتقہ۔ ر ر۔ مبالی عاصرہ۔ س۔ مستقیمی مبالی عضلہ۔ ص۔ غدہ کوپر۔ ط۔ بصلہ کہفکیہ۔ ع۔ مبرز کا داخلی عاصرہ۔ ف۔ مبرز کا خارجی عاصرہ۔ ق۔ ارتفاق عانہ۔ ک۔ پس عانی فضا۔ ل۔ عانی قدامی رباط اور غدہ قدامیہ کا غلاف۔ م۔ قضیب کی ظہری ورید۔ ن۔ عانی لمتقہ۔ و۔ کہفکی جسم۔ ہ۔ مجری البول۔ ی۔ بصلہ۔

525 سمجھی جاتی ہے ۔ غدہ قدامیہ کا غلاف موخر یا مستقیمی جانب پر **مستقیمی مثانی فاصل** (capsule) (recto-vesical septum) سے بنتا ہے ۔

غدہ قدامیہ کے **عروق لمف** جن کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے غدہ کے اس گروہ میں جا کر ملتے ہیں جو حوض کی دیوار پر خارجی اور داخلی حرقفی شریانوں کے درمیان واقع ہوتا ہے ۔

غدہ قدامیہ کا خراج بالعموم مجری بول میں پھٹتا ہے کیونکہ اس سمت میں سب سے کم مزاحمت پیش آتی ہے ۔ اگر یہ مجری بول میں داخل نہ ہوگا تو یہ غالباً معائے مستقیم میں کھلیگا ، کیونکہ ان دونوں اعضا کے درمیان صرف مستقیمی مثانی فاصل ہی موجود ہوتا ہے ۔ اس غدہ کے ایک سخت غشا میں یوں ملفوف ہونے سے کسی حد تک اُس درد کی توجیہ ہوتی ہے جو حاد قدامی خراجات میں محسوس ہوتا ہے ۔ حاد التہاب قدامیہ (acute prostatitis) میں درد بعید آخری پسلی کی نوک پر (دسواں ظہری عصب) ، موخر حرقفی شوکہ پر (گیارھواں ظہری عصب) ، اور نیز پاؤں کے تلووں پر (تیسرا عجزی عصب) بھی منسوب ہوتا ہے ۔ غدہ قدامیہ کی عصبی رسد نیچے کے تین ظہری اور اوپر کے تین عجزی قطعات سے حاصل ہوتی ہے ۔ یہی وجہ ہے کہ بعید درد کی تقسیم اس قدر وسیع ہوتی ہے (ہیڈ : Head) ۔

غدہ قدامیہ کی بیش پرورش ۔ طبعی غدہ قدامیہ کی اوسط پیمائش عریض ترین حصہ پر $1\frac{1}{2}$ انچ اور آگے سے پیچھے کو یا راس سے قاعدہ تک $1\frac{1}{4}$ انچ ہوتی ہے ۔ ۴۵ سال کی عمر کے بعد اس عضو کے بیش پرورده ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے ۔ اور سر ہنری تھامپسن (Sir Henry Thompson) کی رائے یہ ہے کہ جب اس غدہ کی پیمائش ایک طرف سے دوسری طرف کو ۲ انچ ہو ، یا جب اس کا وزن ۱ اونس یا اس سے زائد ہو ، تو یہ کہا جا سکتا ہے کہ بیش پرورش موجود ہے ۔ غدہ قدامیہ کا معمولی وزن $\frac{3}{4}$ اونس ہوتا ہے ۔ اگر کلانی زیادہ تر جانبی حصوں پر واقع

526 ہوئی ہو تو یہ سمجھ لینا چاہیئے کہ یہ بیش پرورش احتباس بول پیدا کرنے کے بغیر معتدبہ ابعاد تک پہنچ سکتی ہے ۔ بخلاف اس کے وسطی ملتقہ (median commissure) (تیسرے لختہ) کی نسبتاً کم کلانی بھی تبوّل میں خلل انداز ہو سکتی ہے ۔ جب یہ حصہ کلانی یافتہ ہو جاتا ہے تو مبالی سوراخ میں سے یہ مثانہ کے

اندر گھس جاتا ہے، اور مثانی عاصرہ (sphincter vesicæ) کو وسیع کر دیتا ہے۔ مگر تبول کا خلل غالباً میکانی نہیں ہوتا، کیونکہ اکیلے اس لخت کو دور کرنے سے صورت حالات بہتر نہیں ہوتی (شکل ۲۱۱)۔ اگر کلانی کا عارضہ عمومی ہو تو قدامی مبال کا طول بڑھ جاتا ہے اور اگر ایک جانبی لخت دوسرے کی نسبت زیادہ کلانی یافتہ ہو تو قنال مبال ایک طرف کو منحرف ہو جاتی ہے۔ اور جب کلانی خاص طور پر وسطی ملتقہ (median commissure) میں واقع ہوتی ہے تو قدامی مبال جو طبعی طور پر تقریباً سیدھا ہوتا ہے معتدبہ حد تک منحنی ہو جاتا ہے، اور یہ انحنا بعض اوقات بہت حاد ہوتا ہے۔ یہ ذہن نشین کرنا ضروری ہے کہ اکیلے وسطی ملتقہ کی کلانی مستقیمی امتحان سے مشکل ہی سے شناخت کیجا سکتی ہے۔ تکلیلی وسطی ملتقہ جب مثانہ کے اندر کی طرف سے دیکھا جاتا ہے تو یہ ایک نمایاں بالید کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جو بخوبی مدور یا ساقچہ دار یا بے ساقچہ ہوتی ہے۔

قدامیہ برآری (prostatectomy) کے عملیہ میں یہ نہایت تکلیف دہ تودہ ایک فوق عانی شگاف دیکر نکالا جاتا ہے۔ جراح اس غدہ اور قدامی مبال کا انفاق کیسہ کے اندر سے انگلی کے ذریعہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد کیسہ میں ایک بند فضا رہ جاتی ہے جو پہلے خون اور پیشاب سے پُر رہتی ہے اور بعد میں اس کے منقبض ہو جانے سے جدید مجری بول بنجاتا ہے۔ مجری بول کے قدامی حصہ کے تباہ ہو جانیکے باوجود مریض فعل تبول پر جلد قابو حاصل کر لیتا ہے۔ مبالی عاصرہ (sphincter urethræ) کو ضرر نہیں پہنچتا۔

غدہ قدامیہ ایک صنفی عضو ہے، اور اس کی جسامت اور اس کے نمو کا انحصار خصیتین کی موجودگی اور ان کی فعلیت پر ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصہ میں اخصا (castration) اس کے نمو کو روک دیتا ہے، یا اگر یہ پہلے سے نمو یافتہ ہو تو اس میں ذبول پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن جب یہ عملیہ صنفی زندگی کے مکمل نمو کے بعد کیا جاتا ہے تو یہ امر صرف جزوی طور پر ہی صحیح ثابت ہوتا ہے۔ ایک خصیہ کو نکال دینے سے صرف جزوی ذبول ہی پیدا ہوتا ہے، لیکن قنواتِ ناقلہ (vasa deferentia) کو کاٹ دینے سے عام طور پر کوئی اثر ظاہر نہیں ہوتا (سی ۔ ولیس — C. Wallace). 527

مردانہ مبال

مردانہ مبال (male urethra) کا طول تقریباً ۸ ½ انچ (۲۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے، اس میں سے ۱ ¼ انچ قدامی مبال، ¾ انچ غشائی مبال اور ۶ ½ انچ قضیبی یا اسفنجی

(کھفکی) حصہ ہوتا ہے ۔ ۴ اور ۶ سال کی عمر کے درمیان اس کا طول ۸ تا ۹ سنٹی میٹر ہوتا ہے، اور ۱۰ اور ۱۳ سال کی عمر کے درمیان ۱۰ تا ۱۱ سنٹی میٹر ۔ یہ قنال حوضی حصہ جو نسبتاً مثبت ہوتا ہے، اور عجانی اور قضیبی یا حرکت پذیر حصوں میں تقسیم کی جا سکتی ہے ۔ حوضی حصہ مثانہ کی گردن سے لیکر مثلثی رباط کی مقدم تہ تک جاتا ہے ۔ مبالی عاصرہ ان دونوں حصوں کی فعلی تفریق قائم کرتا ہے ۔ حوضی حصہ میں ایک یکساں انحنا پایا جاتا ہے جو مخرج حوض کے محور کے ایک متوازی خطہ سے ظاہر کیا جا سکتا ہے ۔ فلزاتی قاساطیر کا " انحنائے قصیبر" حوضی مبال کے محور کے مطابق بنا ہوتا ہے ۔ مبال کا یہ حصہ محراب عانہ سے تقریباً ۱ انچ پیچھے اور نیچے واقع ہوتا ہے ۔ مبال کے حرکت پذیر حصہ کا انحنا جبکہ قضیب لٹکا ہوتا ہے مخالف سمت میں ہوتا ہے، اس لئے تمام قنال کا خاکہ تقریباً انگریزی حرف ایس (S) کی طرح کا ہوتا ہے ۔

قاساطیر داخل کرتے وقت اس امر کا ضرور خیال رکھنا چاہئے کہ جب یہ اوزار حرکت پذیر مبال میں سے گزرتا ہے تو اس کی قنال قاساطیر سے موافقت پیدا کر لیتی ہے، مگر جب یہ مثبت یا حوضی قطعہ میں سے گذرتا ہے تو اس کو قنال ثابت کے ساتھ ضرور موافقت کرنا چاہئے ۔ لیٹنے کی حالت میں قاساطیر داخل کرتے وقت قضیب اوپر کی طرف کو انتصابی رخ میں اٹھا کر پکڑ لیا جاتا ہے، اور حرکت پذیر مبال میں جو انحنا ہوتا ہے وہ اسطرح دور ہو جاتا ہے ۔
انسب یہی ہے کہ اس اوزار کو بن ران کی سطح کے قریب اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے اوپر اور اس کے متوازی رکھا جائے ۔ جب یہ مثبت مبال تک پہنچ جاتا ہے تو قاساطیر کے دستہ کو خط وسطی پر لے آتے ہیں، اور پھر اسے جسم کے عین وسطی مستوی میں رکھکر ٹانگوں کے درمیان دبا دیا جاتا ہے، تاکہ اس اوزار کا اگلا حصہ قنال کے قدرتی انحنا میں سے گزر جائے ۔
اس کے داخل کرنے میں سب سے بڑی دقت عام طور پر اس مقام پر پیش آتی ہے جہاں مبال کے 528
حرکت پذیر اور مثبت حصے مثلثی رباط کی مقدم تہ پر ملتے ہیں (شکل ۱۱۷) ۔ یہ دقت تین حالتوں سے پیدا ہوتی ہے ۔ (۱) عریض بصلی مبال (bulbous urethra) دفعتہً منقبض ہو کر تنگ غشائی حصہ (membranous part) میں تبدیل ہو جاتا ہے (۲) غشائی حصہ (membranous part) کا مدخل مبالی عاصرہ (sphiucter urethræ) سے محفوظ

اور بند رہتا ہے۔ اگر التہاب مبال (urethritis) موجود ہو تو عاصرہ میں قاساطیر کے قریب پہنچتے ہی معکوس تشنج کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے، اور اس حالت میں یہ صرف نرم اور مسلسل دباؤ پر ہی راستہ دیتا ہے۔ (۳) عاصری دہنہ پر مبال کا محور اپنا رخ تبدیل کر لیتا ہے۔ طبعی مبال میں قاساطیر داخل کرتے وقت بھی ان تمام دقتوں پر غالب آنا پڑتا ہے۔ جب کسی ایسے واقعہ میں قاساطیر سے کوئی کاذب گذرگاہ بنجائے جس میں اس اوزار کو کوئی خاص رکاوٹ پیش کرنے کے لئے تضیق موجود نہ ہو تو یہ عام طور پر قنال کو مثلثی رباط کے عین سامنے چھوڑتا ہوا پایا گیا ہے۔

مبالی قنال (urethral canal) کے متعلق یہ خیال نہ کرنا چاہئے کہ یہ گیس کے نل کی طرح کی ایک کھلی نلی ہے۔ سوائے اس حالت کے جبکہ پیشاب یا کوئی اوزار اس نلی میں سے گذرتا ہے اس کی تراش ایک مستعرض درز کی طرح کی معلوم ہوتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی دیواریں ایک دوسرے سے ملی رہتی ہیں۔ حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) میں یہ نلی انتصابی درز کی طرح کی ہوتی ہے۔ اس کا مخاطی استر حصوں کے ڈھیلے پن اور اس اسفنجی بافت اور غیر مخطط عضلی ریشوں کی وجہ سے جن سے اس کا زیرین طبقہ بنتا ہے مقترب رہتا ہے۔

اس قنال کا قدامی (prostatic) حصہ تمام مجری بول کا عریض ترین اور سب سے زیادہ اتساع پذیر ہوتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ نہایت چوڑا ہوتا ہے، اور یہاں پر اس کا قطر تقریباً ½ انچ ہوتا ہے۔ مثانی سرے پر اس کا قطر ⅓ انچ کے قریب قریب ہوتا ہے۔ اور مبال کے اسی حصہ کے مقدم سرے پر قطر کی پیمائش ⅓ انچ سے ذرا کم ہوتی ہے۔ قاذف نلیاں (ejaculatory ducts) جن کی محافظت عاصری عضلات سے ہوتی ہے (ایف۔ ایس کڈ F. S. Kidd) قدامی مبال میں کھلتی ہیں، اور اس طرح قنال کے اس حصہ کا التہاب ان نلیوں کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو منوی کیسکوں (seminal vesicles) تک پھیل سکتا ہے۔ اور یہاں سے قنات ناقلہ (vas deferens) کے ذریعہ سے برنخ (epididymis) تک جا سکتا ہے (شکل ۱۱۷)۔ جب سوزاک سے قدامی مبال ماؤف ہوتا ہے تو انہی حصوں کے 529
ساتھ ساتھ انتشار واقع ہونے سے خصیہ کا التہاب پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ بھی معلوم ہو جانا چاہیئے کہ اسی قسم کا التہاب قدامی مبال کے منفرز حصات، قدامی خراج اور ان کے مشابہ دوسری حالتوں سے

پیدا ہوسکتا ہے۔ اس حصہ میں تضییق ہرگز واقع نہیں ہوتا۔

غشائی مبال (membranous urethra) سوائے منفذ کے تمام نلی کا تنگ ترین حصہ ہے۔ اس کا قطر تقریباً $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے۔ یہ مثلثی رباط کی دونوں تہوں کے درمیان مثبت ہوتا ہے، نیز یہ مبالی عاصرہ (sphincter urethræ) سے جو معکوس طور پر فعل کرتا ہے گھرا ہوتا ہے۔ لہذا اسی حصہ میں وہ تضییق جو تشنجی "تضییق" (spasmodic stricture) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ بہرحال مبالی عاصرہ (مضیق) کا انقباض قاساطیہ یا ساؤنڈ کے گزرنے میں اکثر معتد بہ مزاحمت پیش کرتا ہے۔

قضیبی مبال (penile urethra) ہر ایک سرے پر یعنی ان حصوں پر جو فرداً فرداً بصلہ اور حشفہ قضیب پر واقع ہوتے ہیں متسع ہوتا ہے۔ بصلی مبال (bulbous urethra) کا قطر مبال کے قدامی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان، اور قضیبی مبال کے زیادہ تر حصہ کا قطر بصلی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان ہوتا ہے۔ بصلی مبال میں عضوی تضییق (organic stricture) نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ منفذ (meatus) کی پیمائش $\frac{1}{5}$ تا $\frac{1}{4}$ انچ ہوتی ہے، اور اس لئے اگر قاساطیہ منفذ میں سے گذر جائے تو یہ طبعی قنال کے ہر ایک حصہ میں سے گذر جائے گا۔ اس کا روزن بہت مزاحمت پیش کرتا ہے، اور بڑے اوزار گذارنے کے لئے اس میں اکثر شگاف دینا پڑتا ہے۔

لہذا مبال کے تنگ ترین حصے (۱) منفذ پر اور (۲) غشائی قطعہ میں ہیں، اور منفذ خاص طور پر تنگ ہوتا ہے۔ جو حصیات مثانہ سے آگے بڑھ آتے ہیں ان کے انہی مقامات پر اٹک جانے کا نہایت احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اس قنال کے عریض حصے (۱) حفرۂ زورقیہ (fossa navicularis)، (۲) مبال کا بصلی حصہ، اور (۳) قدامی حصہ کا وسط ہیں۔

530 **غشائے مخاطی** کا امتحان ایک سرے سے دوسرے سرے تک **مبال بین** (urethroscope) سے کیا جاسکتا ہے۔ قضیبی مبال میں کثیر التعداد مخاطی غدد موجود ہوتے ہیں جو زیادہ تر بالائی اور ظہری دیواروں پر ہی مترتب ہوتے ہیں۔ یہ غدد ایک تلیین (lubricant) مہیا کرتے ہیں جو پیشاب کے آسانی سے گذرنے اور استری غشا کی محافظت کے لئے ضروری ہوتا ہے۔

مگر جب اس استری غشا میں سرائتی التہاب واقع ہوتا ہے تو یہ غدد اور طاقہ جات (crypts) بعینہٖ جیسا کہ دوسرے ملتہب اغشیہ مخاطیہ مثلاً قصبی اور شعبتی اغشیہ مخاطیہ میں ہوتا ہے خاص طور پر ماؤف ہوجاتے ہیں ان کے افراز کی مقدار حد سے زیادہ بڑھ جاتی اور قیحی ہوجاتی ہے ۔ یہ غدد نیقہ سوزاکیہ (gonococcus) کا ملجا و ماویٰ بنجاتے ہیں۔ مثانہ بین (urethroscope) کے ذریعہ سے ان کی متورم حالت شناخت کیجا سکتی ہے، اور حفر بزہ کبیر (lacuna magna) جو حصہ زورقیہ کی چھت میں ہوتا ہے تمیز کیا جاسکتا ہے ۔ اور اسی طرح مبال کے مختلف حصوں کی رنگت میں بھی تمیز کی جاسکتی ہے ۔ قنواتِ کوپر (ducts of Cowper) کے فتحات بصلی مبال کے فرش پر دکھائی نہیں دیتے، مگر غشائی مبال کے مدخل پر غشائے مخاطی کی شکن دار حالت اور عاصرہ سے اس کا بند ہونا بآسانی نظر آسکتا ہے ۔ عمیق مبال کے فرش پر کی ساختوں یعنی **قدامی رحمک** (prostatic utricle) (مردانہ رحم :uterus masculinus) اور **قاذف نلیوں** (ejaculatory ducts) کے دہنوں کا امتحان بھی کیا جاسکتا ہے ۔ مبال کا عمیق حصہ حساس ہوتا ہے، اور یہ یاد رکھنا نہایت ہی ضروری ہے کہ اس حصہ کی استری غشا میں مضرت رساں اور بے ضرر اشیا کو جذب کرنے کی عجیب و غریب طاقت موجود ہے ۔

مریض کے کسی سخت چیز پر کھلی ٹانگوں سے (جیسا کہ آدمی گھوڑے پر بیٹھتا ہے) گرنے سے **مبال منشق** ہوسکتا ہے ۔ اس قسم کی چوٹ میں یہ اس سخت چیز اور محراب عانہ کے درمیان کوبیدہ ہوجاتا ہے ۔ لہٰذا قنال کا وہ حصہ جس کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے غشائی قطعہ اور قضیبی قسمت کا موخر حصہ ہے ۔ عجان کے چوٹ کھانے کے وقت جسم جتنا زیادہ آگے کی طرف کو جھکا ہوا ہوگا قضیبی مبال کے اتنے ہی زیادہ طویل حصہ کے عانین کے ذریعہ سے کوبیدہ ہونے کا امکان ہوگا ۔

زنانہ مبال کا طول تقریباً ۱½ انچ اور اس کا قطر ¼ انچ سے ⅓ انچ تک ہوتا ہے ۔ مگر یہ بہت حد تک متمدد ہوسکتا ہے ۔ کھڑے ہونے کی حالت میں یہ قنال تقریباً انتصابی ہوتی ہے، اور لیٹنے کی حالت میں تقریباً افقی ۔ 531

قضیب (penis) ۔ اس عضو کے زیادہ تر حصہ کی جلد باریک اور نرم ہوتی ہے، اور زیر جلدی بافت مقدار میں کم اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے ۔ اس بافت کے ڈھیلے پن سے

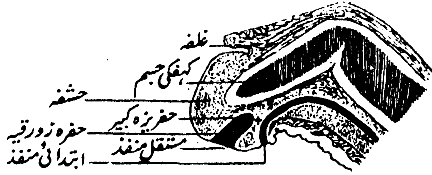
یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ جلد بہت ہی تمدد پذیر اور حرکت پذیر ہوتی ہے۔ موخرالذکر امر کو ختنہ کرتے وقت ذہن نشین رکھنا چاہئیے، کیونکہ اس عملیہ کے دوران میں قضیب کی جلد حشفہ کے اوپر سے اور اس کے پیچھے سے اتنی آسانی سے کھینچی جا سکتی ہے کہ اس کو اتنا پیچھے سے کاٹ دینے سے جتنا کہ ممکن ہو اس عضو کا زیادہ تر حصہ معرا رہ جاتا ہے۔ اس امر کا اطلاق بالشبہ بچوں پر ہوتا ہے۔ زیر مخاطی بافت کے ڈھیلے پن کی وجہ سے یہ عضو متہیج ہونے کی حالت میں یا جبکہ وعا بدر پیشاب اس حصہ میں چلا آئے بیحد متورم ہو جاتا ہے۔ حشفۂ قضیب پر غشائے مخاطی اسقدر منضم ہوتی ہے کہ زیر مخاطی بافت تقریباً نابود ہی ہوتی ہے۔ اس لئے اس حصہ کے آتشکی اکولوں (syphilitic chancres) میں صرف خفیف سا تصلب ہی پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اکلیل (corona) پر زیر مخاطی بافت ڈھیلی ڈھالی اور کثیر المقدار ہوتی ہے اور اسی لئے تصلب بآسانی پیدا ہو سکتا ہے، لہٰذا آتشکی قرحہ اکثر اسی حصہ پر اپنے ممیز ترین نمو کو پہنچتا ہے۔

قضیب کی عروقیت اور اس کے سریع احتقان سے جو اُس وقت پیدا ہوتا ہے جبکہ وریدی خون واپس جانے سے رک جاتا ہے اس عضو کے اس سریع اور وسیع ورم کی توجیہ ہوتی ہے جو اس پر کوئی مضیق بند لگانے سے پیدا ہوتا ہے۔ جب قضیب کے گرد فیتے گذار کر ان سے کوئی قاساطیر باندھا جا رہا ہو تو اس امر کا خیال رکھنا چاہئیے۔ اسفنجی جسم (corpus spongiosum) کی دموی فضائیں بعض اوقات سوزاکی التہاب سے تمدد نا پذیر ہو جاتی ہیں اور کہفکی اجسام (corpora cavernosa) کی فضائیں آزاد رہتی ہیں۔ اس حالت میں قضیب کی استادگی کے وقت جسم اسفنجی کمان کی رسی کیطرح فعل کرتا ہے اور وہ خم پیدا ہو جاتا ہے جو نعوظ مولم (chordee) کے نام سے موسوم ہے۔

سطحی عروق لمف کے ذریعہ سے مرض قضیب کی جلد اور اس کے منفذی خط سے اربی غدد کے اندرونی غدد تک پہنچ سکتا ہے۔ زیادہ گہرے عروق قدامی (prostatic) 532
وریدوں کے ساتھ ساتھ غدد کے داخلی حرقفی گردہ تک جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ بعض عروق فخذی حلقہ میں سے گذر کر خارجی حرقفی غدد میں براہ راست جا ملتے ہیں۔

قضیب اکثر اتفاقاتِ نمو کا محل ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں اس کے مناظر مختلف

ہوتے ہیں۔ ان میں سے **تحت مبالیت** (hypospadias) اور **فوق مبالیت** (epispadias) کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ قبل الذکر میں مجری بول کی تحتانی دیوار اور اسفنجی جسم کا متناظر حصہ موجود نہیں ہوتے، اور موخر الذکر میں قنال کی فوقانی دیوار اور کہفکی اجسام کا متناظر حصہ کم و بیش مکمل طور پر نابود ہوتا ہے۔ تحت مبالیت (hypospadias) کی حالت میں دو منفذ موجود ہوتے ہیں — ایک حشفہ پر واقع ہوتا ہے، اور اس تہ انبان میں کھلتا ہے جو حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) کو ظاہر کرتا ہے، اور دوسرا اس کے عین پیچھے ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف مجری بول میں کھلتا ہے (شکل ۱۱۸)۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مردانہ مجری بول کا مبدا مضاعف ہوتا ہے — حشفہ کے اندر کا حصہ حشفہ کی سطح پر کے سرحلمہ کی



شکل ۱۱۸۔ قضیب کی تراش جو تحت مبالیت کی عام قسم کو ظاہر کرتی ہے۔
نشان صلیب اس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں پر بافت میں کلوکی مبال اور منفذی درون بالیدکے درمیان راستہ بنجاتا ہے۔

درون بالید سے بنتا ہے، اور بقیہ قضیبی مبال مخرجی (cloaca) سے مشتق ہوتا ہے! ابتدا میں مخرجی مبال (cloacal urethra) اپنے ذاتی سوراخ کے ذریعہ سے کھلتا ہے (ابتدائی منفذ primative meatus: شکل ۱۱۸)، مگر دوران نمو میں حشفہ میں سے ایک درون بالید پیدا ہوتی ہے جس سے مستقل منفذ اور حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) بنجاتے ہیں۔ جب یہ درون بالید مخرجی مبال (cloacal urethra) میں کھلتی ہے تو ابتدائی منفذ بند ہوجاتا ہے۔ قید الغلفہ (frenum preputii) اس کے اوپر بنجاتا ہے! ور اس طرح جو حالت پیدا ہوجاتی ہے 533

وہ موقوف نمو کی ایک حالت ہے ۔ ایسے مریضوں کے غلفہ پر دہنی غدد (sebaceous glands) دوملون بیضوی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں ـــــ **عُیَینات غلفہ** (preputial ocelli) (شلیٹو :Shillitœ)۔

صفن (scrotum) ۔ صفن کی جلد پتلی اور شفاف ہوتی ہے ، اس لئے اس کے حصوں کی کوفتگی میں سطح کے نیچے خون کے وعا بدر ہو جانے سے رنگت میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ آسانی سے اور واضح طور پر نظر آتا ہے ۔ مزید برآں یہ بہت لچکدار اور وافر ہوتی ہے ، اس لئے اس میں بہت سا تمدد واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بڑے بڑے صفنی فتوق اور خصیتی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے ۔ صفن کی گنگرین حتیٰ کہ اس وقت میں بھی جب کہ دونوں خصیے معرا ہو چکے تھے یہ حصے بیجا طور پر سکڑنے یا منقبض ہونے کے بغیر از سر نو مکمل طور پر درست کئے جا چکے ہیں ۔ صفن کی سطح پر جو اساریر (rugæ) ہوتے ہیں ان میں میل کچیل بآسانی جمع ہو سکتا ہے ، اور اس قسم کے اجتماع سے جو خراش پیدا ہوتی ہے وہ بعض اوقات سرطلمی سلعات (epitheliomata) کے پیدا ہونے کا ، جو اس حصہ میں قلیل الوقوع نہیں ہوتے ، محرک سبب ثابت ہوتی ہے ۔ جب سطح سے پسینہ نکلتا ہے تو اساریر کا رجحان اس احتباس رطوبت کی تائید کرنے کی طرف ہوتا ہے جو ان کے شکنوں کے درمیان واقع ہوتا ہے ۔ اس حالت اور دوسری حالتوں کی وجہ سے صفن میں اکزیما (eczema) ، اور جلد کے ان آتشکی امراض کے واقع ہونے کا جن کی تعیین مقام خراش کی موجودگی سے ہوتی ہے ، احتمال ہوتا ہے ۔ اساریر (rugæ) صحت کی علامت ہوتے ہیں کیونکہ ان کا انحصار سلخی عضلی ریشوں کے قوی انقباض پر ہوتا ہے ۔ کمزور اشخاص میں یا گرمی کے مرخی اثرات کے تحت صفن ہموار اور معلق ہو جاتا ہے ۔ سادہ شگافتہ زخم میں جیسا کہ اخصا (castration) میں ہوتا ہے سلخیہ (dartos) سے جلد کی کوروں کے اندر کی طرف مڑ جانے کا احتمال ہوتا ہے ، اور اس سے ٹانکے لگانے میں کسیقدر دقت پیش آتی ہے ۔ یہ دقت زخم پر گرم اسفنج رکھ کر اس بافت میں کچھ عرصہ کے لئے ڈھیلا پن پیدا کرنے سے رفع کی جا سکتی ہے ۔

زیر جلدی بافت (subcutaneous tissue) ڈھیلی اور بہت وسیع

ہوتی ہے، اور اس لئے سطح کے نیچے خون کی بہت سی وعا بدری نمودار ہوسکتی ہے۔ صفن اپنے محل کے نیچا ہونے اور اپنی خلوی بافت کے ڈھیلا اور وسیع ہونے کی وجہ سے اکثر جسم کا پہلا حصہ ہوتا ہے جو استسقا میں متہیج ہوتا ہے، اور اس تہیج کو یہ ایک نمایاں 584
حد تک ظاہر کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ مزید براں صفن داء الفیل (elephantiasis) کا بھی اکثر محل ہوتا ہے، جو لمفی عروق اور اتصالی بافت کی فضاؤں کے تمدد سے پیدا ہوتا ہے۔ صفن کی حیویت زیادہ نہیں ہوتی اور حاد التہاب میں اغثاث عام طور پر واقع ہوجاتا ہے۔ اس لئے کلانی یافتہ خصیہ پر بندکشی (strapping) کرنے میں ذرا احتیاط چاہیئے۔

خصیہ بعض اوقات کہفہ شکم میں محبوس ہوکر رہ جاتا ہے، یا کچھ زمانہ کے لئے جو مختلف واقعات میں مختلف ہوتا ہے، یا عمر بھر قنال اربی میں پڑا رہتا ہے۔ بخلاف اس کے یہ بعض اوقات صفن سے آگے نکل کر عجان میں چلا جاتا ہے، یا اربی قنال سے بالکل بھٹک کر فخذی قنال اور صافنی فتحہ (saphenous opening) میں سے گزر کر ران میں چلا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 401)۔

اصلی خصیہ طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) سے سوائے موخر کنارہ کے تھوڑے سے حصہ کے جہاں عروق داخل ہوتے ہیں بتمامہ محصور ہوتا ہے۔ برنخ (epididymis) اس مصلی غشا سے اطراف پر بتمامہ اور سامنے کی طرف کم و بیش پوشیدہ ہوتا ہے، مگر موخر کنارہ کے زیادہ تر حصہ پر آزاد یا معرا ہوتا ہے (دیکھو شکل او صفحہ 402)۔ طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) کی حشائی تہ جداری تہ سے برنخ (epididymis) کے موخر کنارہ پر ملتی ہے۔ خصیہ اور برنخ کا موخر کنارہ — گلوب کبیر (globus major) سے لے کر گلوب صغیر (globus minor) تک مصلی غشا کے انعکاس — خصیہ کی ماساریقا — سے محدود ہوتا ہے۔ تمام موخر کنارہ سے چسپیدہ ہونے کی بجائے ماساریقا بعض اوقات خصیہ اور گلوب صغیر کے صرف زیرین قطب ہی سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس قسم کی ساقچہ دار چسپیدگی پر خصیہ کے اس تنگ ماساریقا کو بل پڑجانے سے مختنق ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے۔ تنگ اور

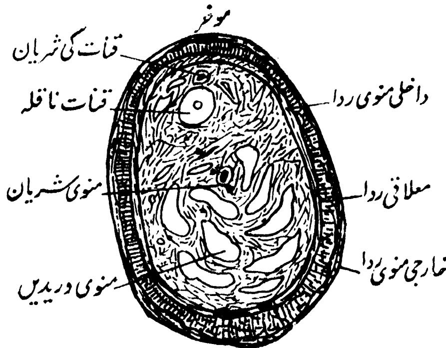
متطول ماسا ریقا صرف ان غدد کے ساتھ ہی پائی جاتی ہے جن کا نزول دیر سے ہوتا ہے، یا جو دوران نزول میں ٹھہر جاتے ہیں۔ لہذا خصیہ کا تلوّی (torsion of the testicle) صرف ناقص النمو اعضا ہی میں ممکن الوقوع ہے۔

مصلی طبقہ اور خصیہ یا اصلی غدہ میں جو زیادہ قریبی اور وسیع تعلق ہوتا ہے اس سے اس عضو کے اس حصہ کے التہاب میں، اکیلے برنخ کے ملتہب ہونے کے مقابلہ میں، قیلہ مائیہ (hydrocele) کے زیادہ کثیر الوقوع ہونے کی کسی حد تک 535 توجیہ ہوتی ہے۔ عام قیلہ مائیہ (hydrocele) کے واقعات میں طبقۂ غمدیہ (tunica vaginalis) کے انعکاس ہی کی وجہ سے خصیہ ورم کے زیرین اور موخر حصہ پر مضبوطی سے جما رہتا ہے، لیکن باوجود اس کے اس غشا سے اس عضو کا اتنا وسیع حصہ محصور ہوتا ہے کہ بڑے بڑے قیلہ جات مائیہ میں اس غدہ کا محل معلوم کرنا مشکل ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں خصیہ صفن کے اگلے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور برنخ (epididymis) اس کے سامنے ہوتا ہے، اور اس غدہ کا جسم اس کے پیچھے ہوتا ہے۔ مزید برآں قنات ناقلہ (vas deferens) حبل کے سامنے کے حصہ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتی ہے۔ ان حالتوں میں خصیہ عین اسی وضع پر ہوتا ہے جو یہ اس حالت میں اختیار کریگا جبکہ انتصابی محور پر اسے گردش دی جائے۔ یہ حالت **دروں گردش خصیہ** (inversion of the testicle) کے نام سے مشہور ہے، اور اس کی تلاش قیلہ مائیہ کے واقعات میں کرنا چاہیئے، نیز ایسی کئی ایک مثالوں میں جن میں دروں گردش بھی موجود تھی، خصیہ اجتماعات کا بزل کرتے وقت بزل سے چھد چکا ہے۔

اصلی غدہ کی بافت ایک بہت کثیف غشا طبقۂ ابیض (tunica albuginea) سے محصور ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے برنخ (epididymis) کی کوئی ایسی محکم یعنی پوشش نہیں ہوتی۔ طبقۂ ابیض کی مضبوطی سے اس شدید درد کی بہت کچھ توجیہ ہوتی ہے جو اصلی خصیہ کے عوارض میں محسوس ہوتا ہے، اور جب اکیلا برنخ (epididymis) جو اتنی مضبوطی سے محصور نہیں ہوتا ماؤف ہوتا ہے تو درد اس درجہ تک نہیں پہنچتا۔ مزید برآں یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ برنخ کے التہاب میں

صفن میں جلد ہی بہت سا ورم نمودار ہوجاتا ہے مگر غدہ مذکور کے جسم کے اسی قسم کے عوارض میں ورم نسبتاً آہستہ ظاہر ہوتا ہے۔

صفن کے عروق لمف غدد اربی کو جاتے ہیں، اور خصیہ کے غدد قطنی کو۔ خصیہ کے خبیث مرض میں ثانوی مطروحات کے پائے جانے کی توقع شکم کی گہرائی میں اورطہ کے اطراف پر ہوتی ہے۔ صفن دسویں ظہری فقرہ کے سامنے نموپاتا ہے۔ اور اس کی عصبی رسد دسویں ظہری قطعہ سے وصول ہوتی ہے۔ اس کے اعصاب 536



شکل ۱۱۹۔ بالغ کی بائیں منوی حبل کی تراش خارجی شکمی حلقہ کے لیول پر جیسی کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتی ہے۔

چھوٹے احشائی اعصاب (small splanchnics) اور شمسی (solar) اور اورطی (aortic) ضفیروں میں سے گذر کر منوی شریان (spermatic artery) پر آتے ہیں، اور اسی کے ساتھ یہ اس غدہ تک پہنچتے ہیں۔ برنخ (epididymis) کی عصبی رسد حوضی ضفیرہ سے قنات ناقلہ (vas deferens) کے ساتھ آتی ہے۔

حبل منوی (spermatic cord)۔ اس حبل میں مندرجۂ ذیل ساختیں ہیں۔ (۱) قنات ناقلہ (vas deferens)، (۲) معلاقی عضلہ (cremaster muscle)، (۳) منوی (spermatic) اور (۴) معلاقی (cremasteric) شریانیں، (۵) قنات ناقلہ کی شریان، (۶) وریدوں کا سلک نما ضفیرہ (pampiniform plexus)، (۷) تناسلی ساقی (genito-crural) عصب، (۸) مشارکی عصبی ریشہ جات، اور (۹) عروق لمف۔

قنات ناقلہ (vas deferens orductus deferens) حبل کی موخر جانب پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۹)، اور یہ محکم اور ڈورے کی طرح کے احساس سے شناخت کی جا سکتی ہے جبکہ انگوٹھے اور انگلی کے درمیان اس کی چٹکی بھری جاتی ہے۔ برکٹ (Brikett) نے قنات ناقلہ کے انشقاق کے تین واقعات (Holmes's "System") کا ذکر کیا ہے جو دفعتہً بہت سا زور لگانے سے واقع ہوا تھا۔ قنات کے متعلق یہ معلوم
587 ہوا ہے کہ یہ ہر ایک واقعہ میں شکم کے اندر داخلی حلقہ اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ حالب کے نزدیک پہنچتی ہے کہیں پھٹی تھی۔ کلانی یافتہ غدہ قدامیہ میں ذبول پیدا کرنے کے لئے اس قنات کے کچھ حصہ کا استیصال جزئی کیا جا چکا ہے، لیکن یہ کامیاب ثابت نہیں ہوا۔

معلاقی عضلہ (cremaster muscle) کی جسامت کا انحصار زیادہ تر اس وزن پر ہوتا ہے جو اسے معلق رکھنا پڑتا ہے۔ ذبول خصیہ میں یہ تقریباً تمام تر غائب ہو جاتا ہے اور بڑے بڑے سست بال سلعات میں یہ بہت بڑی جسامت اختیار کر لیتا ہے۔

شریانوں میں سے منوی (spematic) اورطہ میں سے آتی ہے، اور قنات ناقلہ کے سامنے واقع ہوتی ہے، معلاقی (cremasteric) عمیق برمعدی (deep epigastric) سے نکلتی ہے اور حبل کی سطحی تہوں میں اس کے بیرونی قطعہ میں واقع ہوتی ہے، اور ناقلی شریان (deferential artery) جو فوقانی یا تحتانی مثانی سے نکلتی ہے قنات کی جانب پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۴)۔

منوی شریان خصیہ کے نزدیک پہنچ کر متعدد شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے جو برنخ (epididymis) کی اندرونی طرف کو چلی جاتی ہیں، اور ان کو خصیہ کی دموی رسد میں خلل انداز ہونے کے بغیر علیحدہ کیا جا سکتا ہے۔ حبل کی تینوں شاخیں عملیہ اخصا (castration) میں کاٹ دی جاتی ہیں، اور ان کے باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وریدیں سرسری طور پر دو گروہوں میں تقسیم کی گئی ہیں۔ ان میں سے مقدم بہت بڑا ہوتا ہے اور یہ منوی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے اور سلک نما ضفیرہ (pampiniform plexus) اسی سے بنتا ہے۔ موخر گروہ چھوٹا ہوتا ہے، اور قنات کو گھیرے ہوتا ہے، اور ناقلی شریان (deferential artery) کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ منوی اور سلک نما ضفیروں کی وریدیں اکثر دوالی نما ہوتی ہیں، اور اس عارضہ کا نام قیلہ دوالیہ (varicocele) ہے۔ بہت سے ایسے تشریحی اسباب ہیں جن سے ان وریدوں کو یہ عارضہ لاحق ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان وریدوں کا محل وقوع نیچا ہے اور اصلی ورید کا طول معتدبہ، اور اس کا ممر تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ یہ عروق متناظر شریان کے مقابلہ میں بہت بڑے ہوتے ہیں۔ اس لئے خون کو پیچھے سے دھکیلنے کی قوت لازمی طور پر اقل رہ جاتی ہے۔ نیز یہ ایک ڈھیلی ڈھالی بافت میں واقع ہوتے ہیں اور ان کو وہ سہارا اور وہ مدد نہیں ملتی جو دوسری وریدوں (مثلاً جوارح کی وریدوں) کو عضلی انقباض سے ملتی ہے۔ مزید برآں یہ بہت سے تفممات کی وجہ سے 538
بہت پیچیدہ ہوتی ہیں، اور ان میں چند نامکمل مصراعات ہوتے ہیں۔ ان کا جو حصہ قنال اربی میں سے گذرتا ہے دباؤ کے لئے معرا ہوتا ہے۔ بائیں طرف کی وریدیں دائیں طرف کی وریدوں کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتی ہیں۔ مسٹر سپنسر (Mr. Spencer) نے یہ ثابت کیا ہے کہ بائیں حبل کی وریدیں دائیں حبل کی وریدوں کی نسبت ہمیشہ بہت بڑی ہوتی ہیں۔ یہاں اس امر کی طرف بھی اشارہ کر دینا موزوں ہوگا کہ بایاں خصیہ دائیں کی نسبت زیادہ نیچے لٹکا ہوتا ہے۔ اور بائیں منوی ورید بائیں کلوی ورید میں زاویہ قائمہ پر داخل ہوتی ہے۔ اور دائیں منوی شریان ورید اجوف (vena cava) میں ترچھی داخل ہوتی ہے۔ نیز بائیں ورید سگما نما (sigmoid) قولون کے

نیچے سے گذرتی ہے، اور اس لئے یہ اس رودہ کے مشمولات کے دباؤ کے معرض اثر میں رہتی ہے۔

زنانہ تناسلی اعضا (female generative organs) کا اس کتاب میں تفصیل سے ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ شفرتین کبیر (labia majora) کے امراضیاتی رجحانات وہی ہیں جو صفن کے ہیں، اور جس کے یہ درحقیقت متناظر ہیں۔ ان میں خون کی بڑی بڑی وعابدریاں واقع ہو سکتی ہیں۔ اور تہیج کی حالت میں یہ بہت متورم ہوجاتے ہیں۔ اور جب ان میں حاد التہاب واقع ہوتا ہے تو ان میں اغثاث کے نمودار ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اور عورتوں کے داء الفیل کا عام محل یہی ہیں بعض اوقات کسی ایک شفرہ میں فتق واقع ہوجاتا ہے (حیائی فتق :pudendal hernia)۔ تاچہ کی گردن مہبل اور عانی فرع کے درمیان ہوتی ہے۔ ایسے فتوق کے مشمولات میں سے اکثر بیض بھی ایک ہوتا ہے۔

"شفرۂ صغیر کی بروں گردانی اور پردۂ بکارت کو اندر کی طرف دبانے سے فرج پر کسی قدر پیچھے کی طرف کو ایک چھوٹا سا سرخ نشیب عام طور پر دکھائی دیتا ہے۔ یہ اس سوراخ میں کھلتا ہے جو بارتھولینی غدہ (Bartholin gland) کے لئے ہوتا ہے" (ڈورین؛ :Doran)۔ یہ بیضوی جسم کا غدہ جس کا طول تقریباً ½ انچ ہوتا ہے سوراخ مہبل کے موخر حصہ کے بالمقابل سطحی عجانی ردا کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور عاصرۂ مہبل (sphincter vaginæ) کے ریشوں سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ ۳۰ سال کی عمر کے بعد یہ مذبول ہوجاتا ہے، اور یہ مردوں کے غدۂ کوپر (Cowper) کا متناظر ہوتا ہے (شکل ۲۱۱ صفحہ 524)۔ ان دونوں غدوں میں مزمن سوزاکی التہاب کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس غدہ کا خراج اور اس کی قنات کا دویری اتساع قلیل الوقوع ہیں۔

539 مہبل مثانہ اور معائے مستقیم کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اس کی موخر سطح کا بالائی ایک چوتھائی حصہ باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور اس لئے یہ کہفہ شکم سے تعلق رکھتا ہے۔ چنانچہ مثانہ، معائے مستقیم یا معائے صغیر مہبل کی دیوار کے کچھ حصہ کے دب جانے سے بعض اوقات اس میں بروز کر آتے ہیں، اور اس طرح ایک مہبلی قیلہ مثانیہ

یا نیلہ مستقیمیہ یا قیلہ معویہ پیدا ہوجاتا ہے۔

ہبل کی مقدم دیوار ۲ انچ سے ذرا زائد ہوتی ہے، اور موخر دیوار تقریباً ۳ انچ ہوتی ہے۔ اس قنال کا طولی محور افق سے ۶۰ درجہ کا زاویہ بناتا ہے، اور اس لئے حوض کی کگر کے یہ تقریباً متوازی ہوتا ہے۔ رباط عریض کے قاعدہ پر کی ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت ہبل کے بالائی سرے کے دونوں طرف واقع ہوتی ہے۔ حالب مثانہ میں ہبل کی چھت کے بالائی حصہ پر ختم ہوتا ہے۔ (جو ساختیں زنانہ حوض کے مشمولات کو سہارا دینے سے تعلق رکھتی ہیں ان کے لئے دیکھو صفحہ 505)۔

کہفۂ شکم بعض اوقات ہبل میں زخم آنے سے کھل جاتا ہے۔ اس قسم کی چوٹوں میں بعض اوقات کئی فٹ معا فرج میں سے بروز کر آئی ہے۔

ہبل کو جو دیواریں مثانہ اور معائے مستقیم سے علٰحدہ کرتی ہیں، ان کے مقابلۃً پتلا ہونے کی وجہ سے مثانی ہبلی اور مستقیمی ہبلی ناسورات کثیر الوقوع ہیں۔ ہبل بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اس کے زخموں سے مہلک نزف واقع ہو چکا ہے۔ نیز یہ بہت اتساع پذیر بھی ہوتی ہے، اور یہ امر اس وقت ثابت کیا جا سکتا ہے جب کہ رحم سے واقع شدہ نزف کو بند کرنے کے لئے اس میں ڈاٹ لگائی جائے۔

رحم کا وزن تقریباً ۱ اونس ہوتا ہے۔ کہفۂ رحم اور قنال عنق دونوں کی پیمائش تقریباً ۲½ انچ ہوتی ہے۔ جب رحمی مجسہ (uterine sound) گذارا جا رہا ہو تو اس امر کا ضرور خیال رکھنا چاہیئے۔ رحم کے عروق خون اس کے طول سے مستعرض رخ پر گذرتے ہیں، اس لئے اس عضو کے گرد بندش لگائی جا سکتی ہے، اور اس کا دوران خون بندش سے اوپر یا نیچے متاثر نہیں ہوتا۔

رحمی شریان داخلی حرقفی (internal iliac) سے حوض کی کگر سے ½ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور رباط عریض میں سے گذر کر عنق الرحم کو چلی جاتی ہے۔ یہ ۲½ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور اپنے ممر کے وسط پر حالب کے اوپر چنبر کی شکل بناتی ہے۔ رباط عریض پر فلوپی نلی (جو پیچھے کی طرف کو ہوتی ہے) اور رباط مستدیر (جو آگے کی طرف کو ہوتا ہے) کے درمیان شگاف دینے سے اس تک رسائی کی جا سکتی ہے۔ یہ اس زخم کے نیچے 540

ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت میں پائی جاتی ہے۔

قعر رحم اور ضمیمہ جات سے جو عروق لمف آتے ہیں وہ قطنی غدد کو جاتے ہیں۔ نیز ان میں سے چند رباط مستدیر کے ساتھ ساتھ اربی غدد کو چلے جاتے ہیں۔ عنق کے (جس میں کہ سرطان اکثر واقع ہوتا ہے) عروق لمف اندرونی حرقفی غدد کو جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر واقع ہوتے ہیں۔

غیر حامل رحم شاذونادر ہی زخمی ہوتا ہے، اور اس کی مامونیت کا انحصار اس کی دیواروں کے کثیف اور اس کی جسامت کے چھوٹے ہونے اور نیز اس کے بہت حرکت پذیر اور عظمی حوض میں واقع ہونے پر ہوتا ہے۔

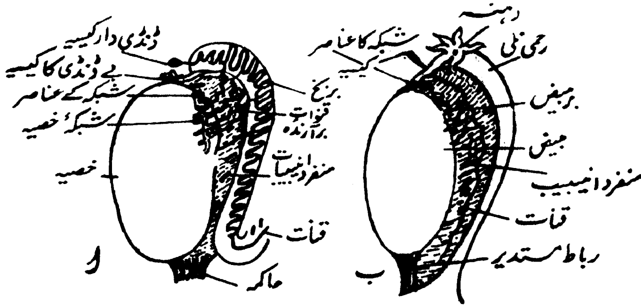
بیض اس طرح واقع ہوتا ہے کہ فلوپی نلی کا بیرونی حصہ اس کے باہر کی طرف سے نیچے کی طرف کو مڑجاتا ہے۔ بیض کا عام محل سطح جسم پر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو مشترک اور خارجی حرقفی شریانوں کا مرمعلوم کرنے کے لئے کھینچا جاتا ہے ــــ اور یہ خط اورطہ کی روشاخگی سے لیکر فخذی نقطہ تک کھینچا جاتا ہے (شکل ۹۸ صفحہ 398)۔ بیض اس خط کے نقطۂ وسطی کے اندر کی طرف (شکل ۱۱۲ صفحہ 490) خارجی اور داخلی حرقفی شریانوں کے درمیانی زاویہ کے قریب واقع ہوتا ہے۔ مہبل میں سے اس کا جس وضاحت سے نہیں کیا جاسکتا۔ اس کے اعصاب جبل کے دسویں ظہری قطعہ سے آتے ہیں۔ اور عنق کے حسی اعصاب زیریں عجزی قطعات سے آتے ہیں۔ بیض کے عروق لمف قطنی غدد کو جاتے ہیں جو اورطہ کے زیریں حصہ اور ورید جوف (vena cava) کی جانب پریس باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں۔

بیضین پستانوں پر بہت نمایاں پرورشی اثر ڈالتے ہیں۔ پستان کی بیش پرورش کا انحصار جو بلوغ پر اور دوران حمل میں واقع ہوتی ہے بیض کے ایک اندرونی افراز پر ہوتا ہے (سٹارلنگ ،Starling)۔ ان کے علحدہ کردینے سے پہلے یہ امید کی جاتی تھی کہ پستان کا سرطان موقوف ہوجائے گا لیکن اس طریق کار سے زیادہ کامیابی نہیں ہوئی۔

541 بیضی عروق حوض کی کگر پر باریطون کے ایک شکن میں واقع ہوتے ہیں جس کا نام بیضی یا قمعی حوضی رباط (ovario- or infundibulo-pelvic ligament) ہے۔

کیونکہ یہ مبیض اور فلوپی نلی کے قمع (infundibulum) دونوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ مبیض شگافی (ovariotomy) میں اس رباط سے ساقچہ کا بیرونی حصہ بنا ہوتا ہے۔

وہ مختلف آثاری ساختیں جو مبیض سے متعلق ہیں — یعنی وہ ساختیں جن کے مسع ہونے سے دویرے بنجاتے ہیں — شکل ۱۲۰ میں دکھائی گئی ہیں۔ ایسے آثاری حصے ان ساختوں کے متناظر ہیں جو مرد میں مکمل طور پر نمو یافتہ ہو جاتی ہیں اور جن سے قناتوں کے اس مکمل نظام کا جس کے ذریعہ سے منی خصیہ کے انبیبات میں سے مجری بول تک پہنچتی ہے کچھ حصہ بنتا ہے۔ چنانچہ قنات نافلہ کی قائم مقام ولفی قنات (Wolffian duct)



شکل ۱۲۰۔ ا۔ ان آثاری ساختوں کی تصویر جو خصیہ سے تعلق رکھتی ہیں۔ ان میں گا ہے گا ہے دویرے بنجاتے ہیں۔ ب۔ مبیض سے متعلقہ آثاری حصوں کی متناظر تصویر۔

ہوتی ہے جو رباط عریض کی تہوں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ولفی انبیبات (Wolffian tubules) جو مبیض کے نافچہ کی طرف جاتے ہیں مرد کے قنوات برآزندہ (vasa efferentia) کے متناظر ہوتے ہیں۔ شبکہ خصیہ (rete testis) کے، جو خصیہ کے منصف پر واقع ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے منی حامل منی انبیبات (seminiferous tubules) سے قنوات برآزندہ (vasa efferentia) تک جاتی ہے، قائم مقام

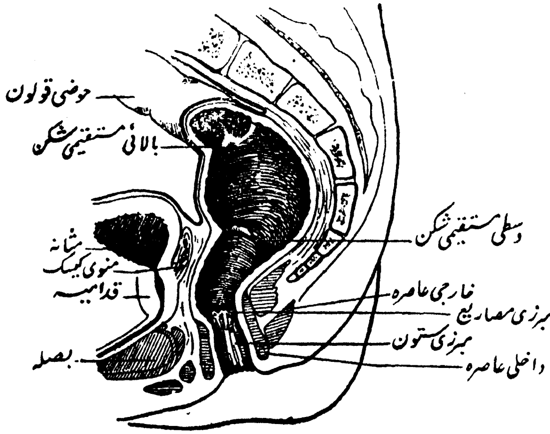
وہ منفرد ساختی عناصر ہوتے ہیں جو میض کے نا فچہ پر اور نلی کی بیضی جھالر کے ساتھ ساتھ
542 پائے جاتے ہیں۔ ان عناصر ہیں سے دو برآرندہ قناتیں اور شبکی گذرگاہیں بطور آزاد ساختوں کے نمو پاتی ہیں۔ اور قناتی نظام کے ترب و جوار کے حصوں کے ساتھ نمو کے کسی آئندہ درجہ میں متحد ہو جاتی ہیں۔ عورت میں ان ساختی عناصر کی ایک کثیر تعداد ابیبیات کے منفرد مبادی کی شکل میں برقرار رہتی ہے اور مرد میں صرف چند ہی باقی رہتے ہیں، چنانچہ ان میں بعض اوقات دوبرے پیدا ہو جاتے ہیں۔

معائے مستقیم (rectum) تیسرے عجزی فقرہ کے سامنے سے شروع ہوتی ہے، اور اس کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ حوضی مستقیمی (pelvi-rectal) پھیلاؤ پر یہ حوضی قولون سے جو باریطون سے محصور ہوتی ہے اور جس کو ماساریقا سہارا دیتی ہے مسلسل ہوتی ہے۔ مصلی غشا معائے مستقیم کی موخر سطح کو بتدریج چھوڑ دیتی ہے اور اس کے بعد یہ اطراف سے اور آخر میں اس کی مقدم سطح سے دور ہٹ جاتی ہے۔ مرد میں باریطون مقدم جانب پر مستقیمی مثانی جیب کی شکل میں مبرز سے ۳ انچ سے کم فاصلہ تک چلا جاتا ہے۔ اور اس کی موخر جانب پر مبرز سے ۵ انچ اوپر تک باریطون نہیں ہوتا۔ اس لئے معائے مستقیم کے استیصال (excision) میں کہفۂ باریطون کو کھولے بغیر اس نلی کی موخر سطح سے مقدم سطح کی نسبت اس کا زیادہ حصہ دور کیا جا سکتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ سرطانی اور دوسرے پھیلنے والے قروح کا رجحان کہفۂ باریطون پر حملہ آور ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے جبکہ یہ اس کے مقدم حصہ پر واقع ہوں۔

معائے مستقیم کا سب سے نیچے کا حصہ بطور **قنال مبرز** (anal canal) تمیز کیا جاتا ہے۔ یہ اندرونی عاصرہ سے گھرا ہوتا ہے ـــــ یہ ایک غیر اختیاری عضلہ ہے جو دائری طبقہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ آرام کی حالت میں قنال مبرز جس کا رخ نیچے کی اور پچھلی طرف کو ہوتا ہے ۱½ انچ لمبی ہوتی ہے، لیکن دوران تبرز میں اور مریض کے کانکھنے کے وقت یہ اتھلی حلقہ نما شکل اختیار کر لیتی ہے۔ یہ قنال رافع مبرز (levator ani) اور عجانی جسم سے مضبوطی سے مثبت ہوتی ہے، اس لئے سقوط (prolapse)

ہیں مبرز کے اوپر کی معائے مستقیم ہی ہوتی ہے جو اس میں سے باہر نکلتی ہے ۔ رافع مبرز کی موخر کور سے ایک آزاد کنارہ بنتا ہے جو واضح طور پر محسوس کیا جا سکتا ہے ۔ یہ معائے مستقیم کو مبرز سے ½ تا ۲ انچ کے فاصلہ پر تقریباً زاویہ قائمہ پر عبور کرتا ہے ۔ 543

معائے مستقیم میں انگلی داخل کرنے سے غدہ قدامیہ اور منوی کیسہ بآسانی محسوس کئے جا سکتے ہیں، اور ان کا امتحان بھی کیا جا سکتا ہے ۔ نیز مثانہ کی مثلثی سطح



شکل ۱۲۱ ۔ وسطانی تراش پر معائے مستقیم اور قنال مبرز کے مدارج ۔
(پروفیسر اے ۔ ایم پیٹرسن: A. M. Paterson) ۔

کا استقصاء کیا جا سکتا ہے جس میں سے براستہ معائے مستقیم کچو کا لگایا جا سکتا ہے (صفحہ 518) ۔ غدہ قدامیہ کلانی یافتہ ہونے پر بعض اوقات معائے مستقیم کے کہفہ میں مداخلت کرتا ہے اور اس کے درونہ کو بہت تنگ کر دیتا ہے (شکل ۱۱۷) ۔ معا کے لحاظ سے منوی کیسوں کا محل ایسا ہے کہ دوران اجابت میں شدت سے کانکھتے وقت

ان پر معائے مستقیم کے مشمولات کا دباؤ پڑتا ہے، اس لئے ان کا کچھ حصہ خالی ہوجاتا ہے، اور ایک قسم کا جریان منی (spermatorrhœa) پیدا ہوجاتا ہے۔ غدہ قدامیہ اور اس کے ہم پہلو حصوں کے التہابی عوارض میں تبرز سے اکثر بہت درد پیدا ہوجاتا ہے۔

544 عورت میں معائے مستقیم کی مقدم سطح کا وہ حصہ جہاں تک انگلی پہنچ سکتی ہے مہبل سے تعلق رکھتا ہے۔ اور معائے مستقیم کے زیرین حصہ کا امتحان کرتے وقت تناسلی گذرگاہ میں انگلی ڈالکر، اس کی غشائے مخاطی کا مبرز میں سے بروز کر لینا مناسب ہوتا ہے۔

فعلی اور شکلیاتی لحاظ سے معائے مستقیم دو حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک بالائی جو باریطون اور مستقیمی مثانی جیب سے تعلق رکھتا ہے اور اتساع پذیر ہوتا ہے، اور تبرز سے پیشتر براز سے پُر ہوتا ہے۔ ایک زیرین جو باریطون سے پرے واقع ہوتا ہے، اور براز کے لئے صرف گذرگاہ کا کام دیتا ہے۔ جو اس میں جمع نہیں ہوتا (وڈ جونز :Wood Jones)۔ بے جائی مثانہ (ectopia vesicæ) کے علاج کے لئے جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں، جن میں کہ حالبین معہ مثانہ سے نکال کر معائے مستقیم میں نصب کر دئے جاتے ہیں، ان میں اس حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ معائے مستقیم کے بالائی حصہ کا تمدد پُری کا احساس پیدا کرتا ہے، اور تبرز کی اختیاری اور غیر اختیاری کوششوں کے سلسلہ کی ابتدا کرتا ہے۔

براز بعض اوقات معائے مستقیم میں منعوز ہوجاتا ہے۔ مزید برآں عجیب قسم کے اجسام بھی اس میں اکثر بیجا طور پر رکھے ہوئے ملتے ہیں۔ ان میں سے بیل کے سینگ، دیاسلائی کی لوہے کی ڈبیا، اور شیشہ کے آبخورہ کا ذکر کیا جاسکتا ہے۔ معائے مستقیم اور قولون کی ضد حرکت دودی حرکات سے اس قسم کے اجسام بعض اوقات اعور کی طرف چلے جاتے ہیں۔

تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ جب مرد میں معائے مستقیم متمدد ہوتی ہے تو باریطون کا مستقیمی مثانی شکن اوپر اٹھ جاتا ہے۔ اور مثانہ مرتفع ہوکر آگے کی طرف کو دب جاتا ہے۔

عورت میں قعر رحم مرتفع ہوکر ارتفاق عانہ کی طرف دب جاتا ہے ۔ فوق عانی حصاۃ شگافی (suprapubic lithotomy) میں بعض اوقات معائے مستقیم مصنوعی طور پر متمدد کی جاتی ہے تاکہ مثانہ بہتر وضع اختیار کرلے (صفحہ 515) ۔

معائے مستقیم کی اندر کی طرف کا اور قولون کے نیچے کے ۱۸ انچ کا استفصار سگما نما بینی (sigmoidoscopy) سے کیا جاسکتا ہے ۔ اگر یہ اوزار اس طرح گزارا جائے کہ ہوا کی ایک گدی اس کے سامنے رہے اور اسے صرف دردنہ کے ساتھ ساتھ ہی، جوں جوں یہ اس ہوا سے کھلتا ہوا دکھائی دیتا جائے جو پمپ سے اندر داخل کی جاتی ہے، لے جایا جائے تو اسے بلا ضرر اور اکثر درد کے احساس کے بغیر داخل کیا جاسکتا ہے۔ اگر جراح حوضی قولون کے طبعی انحناؤں کو ذہن نشین رکھے تو اس کے دخول میں آسانی 545 ہوتی ہے ۔ گاہے گاہے ان مریضوں میں جنہیں سگما نما قولون کی ماساریقا (mesosigmoid) بہت چھوٹی ہوتی ہے اس اوزار کو حوض کی کگر پر سے گذارنے میں کچھ دقت پیش آتی ہے ۔ لیکن اگر احتیاط کی جائے اور مریض کے عضلات کمل طور پر ڈھیلے ہوں تو اس رکاوٹ کو بآسانی دور کیا جاسکتا ہے ۔ اس اوزار سے غشائے مخاطی کی رنگت (جو زردی مائل سرخ ہونی چاہیئے) اور اس کی ہمواری دیکھی جاسکتی ہے اور کھلتی ہوئی غشائے مخاطی کے "گلچھ" (rosette) کی کشادگی کے طریقہ کا ملاحظہ کیا جاسکتا ہے ۔ بواسیر، تضیقات (strictures)، اور سلعات کی سی غیر طبعی حالتوں کی شناخت بھی کی جاسکتی ہے۔

معائے مستقیم کی چسپیدگیاں جو اس کے غلاف کے ذریعہ سے حوضی رد اکے ساتھ ہوتی ہیں بہت محکم نہیں ہوتیں ۔ گرد عروقی غلاف سے پیدا شدہ لیفی الحاقتیں وسطی باسوری (middle hæmorrhoidal) عروق کے ساتھ ساتھ جاتی ہیں ۔ اور جو لیفی بند عجز سے آتے ہیں وہ بھی اس کے غلاف سے مل جاتے ہیں، اور استیصال کے عملیہ میں ان کو کاٹنا پڑتا ہے ۔ اس کی چسپیدگی کا ڈھیلاپن بعض واقعات میں ظاہر ہوتا ہے جن میں رودہ برز میں سے بروز کر آتا ہے ۔ مزید برآں معائے مستقیم کے استیصال میں اس حرکت پذیری سے استفادہ کیا جاتا ہے ۔

اس کی غشائے مخاطی موٹی اور عروق دار ہوتی ہے، مگر نیچے کے عضلی طبقہ سے

ڈھیلی چسپیدہ ہوتی ہے۔ یہ ڈھیلا پن جو بچوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے سقوط (prolapse) کی مساعدت کرتا ہے، جو ایک مرض ہے جس میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی غشائے مخاطی مبرز سے بروز کر آتی ہے۔ معائے مستقیم اور حوضی قولون کے مقام اتصال پر ایک اثری شکن یا مصراع ہوتا ہے، اور یہاں کا عضلی نظام اکثر متضیق ہوتا ہے، اور وظیفی طور پر عاصرہ کی طرح فعل کرتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ غدہ قدامیہ کے قاعدہ سے اوپر (شکل ۱۲۱) معائے مستقیم کی مقدم دیوار کا اوپر اور نیچے کے حصوں کے مقام اتصال پر رودہ کے درونہ میں شکن دار ہوتی ہے جس سے ایک مستعرض شکن (transverse fold) بنجاتا ہے۔ اس کو اکثر ہوسٹن (Houston) کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے جس نے اس کا ذکر کیا تھا۔ مستقیمی شکن یا مصاریع خاصکر جبکہ رودہ خالی ہو بوجی (bougie) یا حقنہ کی لمبی نلی کے داخل ہونے میں رکاوٹ پیش کرتے ہیں، لہذا ان کا محل ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔ 546

اس کے عروق میں اور خاصکر اس کے زیرین حصہ کی وریدوں میں دوالی نما اور متسع ہوجانے کی طرف رجحان ہوتا ہے جس سے باسور بنجاتے ہیں۔ بواسیر کے رجحان کی کسیقدر توجیہ معائے مستقیم کے محل کے نیچا ہونے، اور واپس جانے والی وریدوں پر سخت براز کے دباؤ کا اثر پڑنے، اور نیز اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا کچھ حصہ نظامی نظام (systemic system) (داخلی حرقفی ورید) کے راستہ سے اور کچھ حصہ بابی نظام (portal system) (تحتانی ماساریقی ورید) کے راستہ سے واپس ہوتا ہے۔ معائے مستقیم بابی تنے (portal trunk) کے اس تعلق کی وجہ سے جو زیادہ وسیع نہیں ہوتا بعض اوقات امتلا کی بہت سی قسموں میں جو اس ورید میں واقع ہوتی ہیں حصہ لیتی ہے۔ معائے مستقیم کی وریدیں شدید تنفسی کوششوں سے بھی متاثر ہوتی ہیں۔ معائے مستقیم کے زیرین حصہ یعنی بروں باریطونی حصہ میں جس کا طول ۳ تا ۴ انچ ہوتا ہے عروق کی ترتیب عجیب ہوتی ہے۔ اور یہ اس قسم کی ہوتی ہے کہ اس سے دوالیت (varicosity) کی تائید ہوتی ہے۔ شریانیں "عضلی طبقات میں سے مختلف لیولوں پر گذرنے کے بعد اس قطعہ میں طولی رخ اختیار کر لیتی ہیں اور

متوازی خطوط میں زیر مخاطی طبقہ کے اندر رودہ کی کورتک چلی جاتی ہیں۔ نیچے کی طرف کو جاتی ہوئی یہ ایک دوسری سے تھوڑے تھوڑے فاصلہ پر ربط پیدا کرلیتی ہیں، اور سوراخ مبرز کے نزدیک یہ ایک دوسری سے آزادانہ تعلق رکھتی ہیں۔ اور یہاں یہ تمام شریانیں معتدبہ جسامت کی مستعرض شاخوں کے ذریعہ سے آپس میں مل ہوتی ہیں" (کوین (Quain:)– فوقانی بواسیری (superior hæmorrhoidal) شریانیں قنال مبرز کی زیر مخاطی بافت میں ختم ہوتی ہیں۔ اور ان سے عروقی کالم بنتے ہیں جو مبرز تک چلے جاتے ہیں۔ وریدوں سے ایک ضفیرہ طیار ہوتا ہے جس کی ترتیب بعینہ ایسی ہوتی ہے۔ قنال مبرز کی غشائے مخاطی کے نیچے کی وریدیں معائے مستقیم کے عضلی طبقہ کو قنال مبرز سے تقریباً ایک انچ اوپر منثقب کرتی ہیں۔ مقام انثقاب پر ان کے مضغوط ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے۔

معائے مستقیم کے عروق لمف عضلی طبقہ کو منثقب کرنے کے بعد اس کے غلاف میں اوپر تک چڑھ جاتے ہیں جہاں اس کی موخر جانب پر ایک یا دو غدد ہوتے ہیں۔ یہ عروقِ لمف حوضی قولون کی ماساریقا میں قولون کے بروں آر عروق سے مل جاتے ہیں۔ 547 مزید براں یہ لمفی غدد کے حرقفی گروہ کی طرف بھی جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر ہوتا ہے، اور قطنی غدد کی طرف بھی جاتے ہیں۔ لہذا معائے مستقیم کے زیرین حصہ کے سرطان میں یہ غدد اور ان کی طرف آنے والے عروق ثانوی سرائتوں کا سب سے ابتدائی محل ہوتے ہیں۔ حوضی قولون کے عروق لمف اُن غدد میں جاتے ہیں جو عجز کے سامنے واقع ہوتے ہیں اور یہ اُن دوسرے غدد سے بھی مل جاتے ہیں جو معائے مستقیم کی ماساریقا میں پائے جاتے ہیں۔

معائے مستقیم کو حسی اور حرکی اعصاب سے جو دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی قطعات سے ان کے تناظر اعصاب میں سے آتے ہیں رسد پہنچتی ہے۔ حرکی اعصاب نیچے کے دو ظہری اور بالائی قطنی قطعات سے بھی آتے ہیں۔ یہ معائے مستقیم تک زیر معدی (hypogastric) اور حوضی (pelvic) ضفیروں میں سے ہوکر آتے ہیں۔ مبرز کے معکوس فعل کا انحصار نہ صرف ان اعصاب کے ملی حالہ ہونے پر ہے،

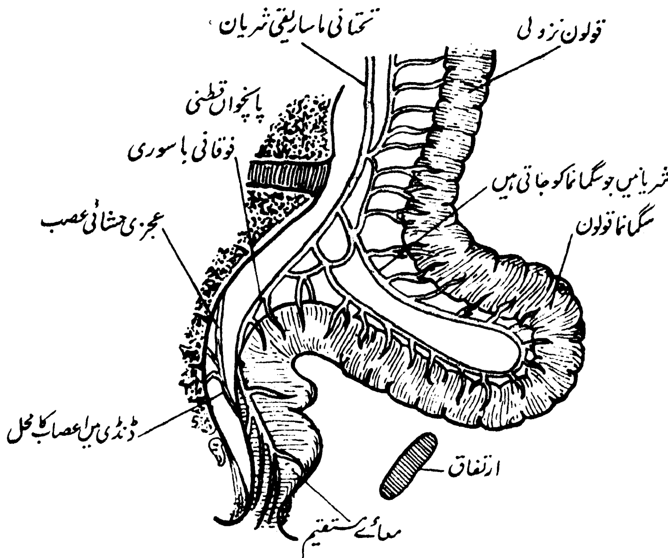
بلکہ تبرزی مرکز کی وظیفی فعالیت پر بھی ہے جو جبل شوکی کے قطنی حصہ میں ہوتا ہے۔

معائے مستقیم کا استیصال (resection of the rectum) مکمل یا جزوی، عجانی یا شکمی عجانی راستہ سے کیا جا سکتا ہے۔ بعض حالتوں میں حوضی قولون کا نیچے کا سرا نیچے لاکر رودہ سے مستاصل حصہ کے نیچے ٹانکے لگا کر سی دیا جاتا ہے۔ لیکن آج کل زیادہ تر ایک مستقل لفائفی حوضی قولونی تفویہ (ileo-pelvic colostomy) سرانجام دیا جاتا ہے اور متحد کرنے کی کوشش نہیں کی جاتی۔ اگرچہ شکمی عجانی عملیہ سے بہتر رسائی ہو سکتی ہے اور متعلقہ لمفی غدد اور حامل لمف بافتیں زیادہ مکمل طور پر دور کی جاتی ہیں مگر اس عملیہ کے جلد بعد کی شرح اموات عجانی عملیہ کی نسبت زیادہ ہے۔ اس لئے بہت سے جراح موخرالذکر عملیہ کو ان بالیدوں کے لئے ترجیح دیتے ہیں جو معائے مستقیم میں انگلی داخل کرنے سے چھوئی جا سکتی ہوں۔ رودہ کے مرض زدہ حصہ کو عجانی زخم میں سے علٰحدہ کرنے میں معائے مستقیم کے سامنے کی باریطونی تہ انبان کو ابتدا ہی میں عمداً کھول دینے سے زیادہ آسانی ہو جاتی ہے۔ شکمی عجانی عملیہ اُن بالیدوں کے لئے مناسب ہے جو معائے مستقیم کے سب سے اوپر کے حصہ میں ہوں۔ عجانی عملیہ میں عصعص کو دور کر دینے سے رسائی زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔ عملیۂ کراسک (Kraske's operation) کی سرانجامدہی جس میں چوتھے اور پانچویں عجزی فقرات کے بائیں نصف حصے دور کر دئے جاتے ہیں شاذونادر ہی ضروری ہوتی ہے۔ اگر یہ عملیہ کیا جائے تو تیسرے عجزی عصب کو محفوظ رکھنے کے لئے خاص احتیاط کی جاتی ہے۔ ان عملیہ جات کی تفصیل کے لئے طالب علم کو عملیتی علم الجراحت کی کتابوں کے مطالعہ کرنے کا مشورہ دینا چاہئے۔

548 جیسا کہ شکل ۱۲۲ سے ظاہر ہے معائے مستقیم کو دور کرتے وقت حوضی قولون کی خونی رسد کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر فوقانی بواسیری (superior haemorrhoidal) شریان کو حوضی قولون کی ماساریقا کے قاعدہ پر باندھ دیا جائے تو ان شریانوں کے بندش میں شامل ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعدی حصہ کو جاتی ہیں (جے۔ ڈبلیو۔ سمتھ : J. W. Smith)۔

مبرز (anus)۔ مبرز کے گرد کی جلد میں کثیر التعداد شکن پائے جاتے ہیں اور

ان میں مبرز کا قرحہ یا انشقاق واقع ہوجاتا ہے۔ قنال مبرز میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی غشائے مخاطی میں انتصابی شکن پائے جاتے ہیں ___ مارگینی کے کالم (columns of Morgagni)۔ جب اس قنال کو تسع کیا جاتا ہے تو یہ غائب ہوجاتے ہیں۔ اور پیرانہ سالی میں یہ کم واضح ہوتے ہیں۔ جیسا کہ شکل ۱۱۵ اور ۱۲۱ میں ظاہر کیا گیا ہے یہ ستون چھوٹے چھوٹے مستعرض شکنوں یا مصراعوں کے حلقہ پر ختم ہوجاتے



شکل ۱۲۲۔ حوضی قولون اور معائے مستقیم کی شریانی رسد کی ارتسامی توضیح۔
(ونگیٹ ٹوڈ : Wingate Todd)۔

549 ہیں۔ یہ شکن یا مصاریع مبرزی مصاریع (anal valves) کہلاتے ہیں۔ اور داخلی عاصرہ کے زیرین کنارے کے مقابل واقع ہوتے ہیں۔ جب مبرز بند ہوتی ہے تو اس کی غشائے مخاطی میں بھی جو اس کا استر ہوتی ہے اور مطبق سرحلہ سے پوشیدہ ہوتی ہے

شکن پیدا ہو جاتے ہیں جو اوپر کی طرف کو مبرزی مصاریع تک چلے جاتے ہیں۔ مبرزی مصابیح پر معائے مستقیم کے زیر ترین حصہ یعنی قنال مبرز کا ستونی سرحلہ مبرز کی غشائے مخاطی کے منطبق سرحلہ سے مل جاتا ہے۔ یہ مصاریع اس مقام کو ظاہر کرتے ہیں جہاں دوران نمو میں معائے مستقیم کا آخری حصہ مبرزِ اولی کے نشیب میں کھلتا تھا۔

جب قنالِ مبرز بند ہوتی ہے تو کالم اور مصاریع مل جاتے ہیں، اور دہنہ مبرز کو ذی استطاعت بنا دیتے ہیں۔ یہ مصاریع بعض اوقات سُدّوں کے گذرنے سے دریدہ ہو جاتے ہیں اور اس طرح جو دریدگی پیدا ہو جاتی ہے اس سے مبرز کا انشقاق (fissure) پیدا ہو جاتا ہے (بالؔ :Ball)۔ ان قروح کا انتہائی درد ان کے قاعدہ پر عصبی ریشوں کے معرا ہو جانے سے اور عضلہ عاصرہ کے مسلسل انقباض سے جس کو ان سے تحریک پہنچی ہے پیدا ہوتا ہے۔ حکتہ المبرز (pruritis ani) کے ۹۰ فی صدی واقعات میں قنالِ مبرز کی موخر دیوار میں مبرزی مصاریع کے قریب ایک چھوٹا سا قرحہ ہوتا ہے (ایف ۔سی ۔ ولیس :F. C. Wallis)۔ قرحہ کے قاعدہ کا استیصال کرنے سے جس سے عاصرہ کا تھوڑا سا حصہ کٹ جائے، یا مبرز کو زور سے متسع کرنے سے تاکہ قرحہ کا قاعدہ پھٹ جائے، اور خلل انداز عضلہ کا فعل کچھ عرصہ کے لئے مشلول ہو جائے اس کا علاج کیا جا سکتا ہے۔

غیر منثقب مبرز (imperforate anus) معائے مستقیم کا نہایت ہی کثیر الوقوع خلقی نقص ہے۔ یہ حالت ایقافِ نمو کو ظاہر کرتی ہے۔ مبرز کا تکون ایک دُہرا عمل ہے۔ پہلا عمل عجان سے ایک درون بالید کی پیدائش کا ہے اور دوسرا امعاء سے ایک زیر بالید کی پیدائش کا۔ یہ دونوں اجزاء مبرزی نشیب کے بالائی سرے پر مل جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے ربط پیدا کر لیتے ہیں۔ غیر منثقب مبرز کے بہت سے واقعات میں براز کے آزادانہ اخراج کے لئے صرف ایک پتلے سے مبرزی غشا کے کاٹنے کی ہی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر بعض واقعات میں یہ نقص بہت زیادہ ہوتا ہے۔ قنال مبرز موجود نہیں ہوتی۔ اور بعض اوقات معائے مستقیم تک بھی کمل طور پر نابود ہوتی ہے۔ ایسی حالتوں میں معائے مستقیم کا لڑکوں میں مجری بول سے اور لڑکیوں میں فرجی درز سے

ربط و راہ رکھنا قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ یہ ربط کسی جنینی حالت کے برقرار رہنے سے ظہور پذیر ہوتا ہے۔ شکل ۱۲۳ میں ارتسامی توضیح سے وہ طریقہ ظاہر کیا گیا ہے جس سے معائے مستقیم دارالعجائب کے غیر منشقب مبرز کے ۴۵ نمونہ جات میں ختم ہوئی تھی۔ ان میں سے نصف سے زیادہ نمونہ جات میں ــــ جو سب کے سب مردانہ تھے ــــ معائے مستقیم غدہ قدامیہ کے زیرین حصہ پر آکر ختم ہوتی تھی۔ لڑکیوں میں یہ مہبل کے کسی مقام پر بھی ختم ہوسکتی ہے



شکل ۱۲۳۔ یہ شکل اس طریقہ کو ظاہر کرتی ہے جس سے معائے مستقیم غیر منشقب مبرز کے ۴۵ واقعات میں لڑکوں میں ختم ہوئی تھی۔

551 یا فرجی درز میں کھل سکتی ہے۔ مبرزاوی کا انغماد (proctodæal invagination) جو قنال مبرز کیلئے ہوتا ہے بعض اوقات ناقص التکون یا عدیم الوجود ہوتا ہے لیکن ایک عاصرہ ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔[1]

[1] See Keith *Brit. Med. Journ.*, Dec. 1908.

حوض اور عجان کے اعصاب

حوضی احشاء کو حوضی ضفیرہ اور اعصاب مشارکی سے رسد پہنچتی ہے۔ اس رسد میں کم از کم آخری تین شوکی اعصاب یعنی دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب بھی شامل ہو جاتے ہیں۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ مثانہ، معائے مستقیم اور غدہ قدامیہ وغیرہ کے بعض عوارض میں عجان پر اور قضیب میں اور سرین پر اور ران میں درد محسوس ہوتا ہے۔ ان حصوں کو حیائی (pudic) اور صغیر نسائی (small sciatic) اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ اور درد محسوس ہونے کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ ان اعضا کے حسی اعصاب حبل شوکی کے ایک ہی اور ہم پہلو قطعات اور عصبی مراکز سے نکلتے ہیں۔ معائے مستقیم کے اوپر کے حصہ میں بہت کم حس موجود ہوتی ہے جیسا کہ اوزاروں کے گذارنے اور امعاء کے اوپر کے حصہ میں خبیث اور دوسری بالیدوں سے نسبتاً کم درد پیدا ہونے اور سخت براز سے رودہ کے متمدد ہونے سے کم تکلیف محسوس ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ اسی عدم حسیت کی وجہ سے غالباً ایسا ہوا ہے کہ مریضوں نے خود حقنہ کرتے وقت نلی معائے مستقیم میں سے کہفہ باریطون میں داخل کر لی ہے۔ بخلاف اس کے قنال مبرز نہایت حساس ہوتی ہے۔ طبعی طور پر جیسا کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے معائے مستقیم کی پُری وہ احساس پیدا کرتی ہے جس سے تبرز کا عمل شروع ہوتا ہے۔ اگر تسدد یا تمدد کے ساتھ عضلی تشنج موجود ہو تو شدید درد پیدا ہوتا ہے جس کی تعیین بخوبی نہیں کی جا سکتی۔

552 مبرز اور مثانہ کی گردن کے باہمی تعلقات بہت قریبی ہوتے ہیں۔ مبرز کے درد خیز عوارض سے اکثر مثانہ کی تکلیفیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور بواسیر کے عملیہ کے بعد احتباس بول بہت عام ہوتا ہے۔ اس کے برعکس جو عوارض مثانہ کی گردن کو لاحق ہوتے ہیں ان میں اکثر تاسیر (tenesmus) اور بے چینی پائی جاتی ہے۔ ان حصوں کا تعلق حبل شوکی کے مشترک فعلی مراکز سے، حوضی ضفیرہ کے ذریعہ سے قائم رہتا ہے، مگر زیادہ حد تک چوتھا عجزی عصب اس تعلق کو برقرار رکھتا ہے۔ یہ عصب مثانہ کو براہ راست

خاص شاخیں بھیجتا ہے۔ اور پھر مبرز کے عضلات (عاصرہ اور رافعہ) کو اور مبرز اور عصعص کے درمیان کی جلد کو رسد پہنچانے کے لئے آگے بڑھ جاتا ہے۔

مجری بول کی غشائے مخاطی اور قضیب کے عضلات کو اور قضیب، خصیہ، عجان اور مبرز کی جلد کے زیادہ تر حصہ کو دوسرے، تیسرے اور چوتھے عجزی قطعات حیائی (pudic) عصب کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔ چنانچہ اب یہ سمجھ میں آجائے گا کہ اگر مجری بول میں خراش پیدا کی جائے تو اس سے قضیب کی استادگی کا امکان ہوتا ہے جیسا کہ سوزاک میں نعوظ مولم (chordee) سے ظاہر ہوتا ہے، یا اس سے مبالی عضلات میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے (جیسا کہ بعض اقسام کے تشنجی تضیقات میں پایا جاتا ہے)۔ کم عمر بچوں میں غلفہ کے نیچے افراز کے جمع ہو جانے سے جو خلل واقع ہوتا ہے وہ بعض اوقات اس عضو کی بہت سی خراش پذیری کا باعث ہوتا ہے۔ اور یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ عجان اور مبرز کے درد خیز عوارض میں نعوظ مستمر (priapism) بھی پایا جا سکتا ہے۔

صغیر نسائی (small sciatic) عصب کے ذریعہ سے تیسرے عجزی قطعہ کے عجان میں تقسیم ہونے سے اُس درد کے سرین اور ان کے تمام پچھلے حصہ پر محسوس ہونے کی توجیہ کی جا سکتی ہے جس کی شکایت عجانی خراج کے پیدا ہونے اور صفن کے درد خیز عوارض کے دوران میں اکثر کی جاتی ہے۔ یہ عصب حدبۂ ورکی (tuber ischii) کے عین سامنے سے گذرتا ہے اور سخت نشست کے استعمال سے اس پر دباؤ پڑنے سے بعض اوقات قضیب اور صفن کا یک طرفہ وجع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ عصب ورکی درجک سے بھی قریبی تعلق رکھتا ہے، اور اس درجک کے التہاب کے واقعات میں انہی حصوں کا وجع العصب پایا جا چکا ہے۔

خصیہ کو زیادہ تر دسویں ظہری قطعہ سے منوی ضفیرہ کے ذریعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ 553
گردہ کو بھی کسیقدر رسد اس قطعہ سے پہنچتی ہے۔ اور اس امر کی توضیح خصیہ کے وجع العصب کے دوران میں کلوی خطہ میں درد محسوس ہونے، اور گردہ کے بعض عوارض مثلاً حاد التہاب کلیہ اور کلوی حصیات کے گذرنے کے دوران میں خصیہ میں درد محسوس ہونے، اور اس کی بہت سی بازکشی سے (جو ان حالتوں میں دیکھنے میں آتی ہے)، ہوتی ہے۔ کلوی

ضفیرہ کے ذریعہ سے خصیہ براہ راست نیم قمری عقود (semilunar ganglia) اور شمسی (solar) ضفیرہ سے تعلق رکھتا ہے جن میں عصب تائیہ (vagus) کے بعض انتہائی ریشے آکر ملتے ہیں۔ اس تعلق سے اس ہبوط عظیم کی جو خصیہ کی ناگہانی چوٹوں میں دیکھنے میں آتا ہے اور خاصکر قے کرنے کے اس نمایاں رجحان کی جو ایسے ضربات میں پایا جاتا ہے توجیہ ہو سکتی ہے۔ جہاں تک خصیہ کے اعصاب کا تعلق ہے یہ شکم کے عظیم عصبی مرکز سے اتنا ہی قریبی تعلق رکھتا ہے جتنا کہ معائے صغیر کا بہت سا حصہ۔ اور اگر خصیہ دفعۃً کچلا جائے تو انہی شدید عمومی علامات کے پیدا ہونے کی توقع رکھنا چاہیئے جو کسی فتق میں لفائفی کے پھنس کر رہ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ علامات کی یہی مشابہت پریکٹس میں فی الحقیقت دیکھنے میں آتی ہے۔

554

حصۂ پنجم - جارحۂ اسفل

باب بست و دوم
کولے کا خطّہ

(THE REGION OF THE HIP)

اس خطّہ کا ذکر مندرجۂ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائے گا:-

۱- سرین (buttocks) -
۲- فخذی (سکارپا کی :Scarpa's) مثلث کا خطّہ -
۳- کولے کا جوڑ معہ فخذی کے بالائی ایک نہائی حصہ کے -

۱- سرین
(BUTTOCKS)

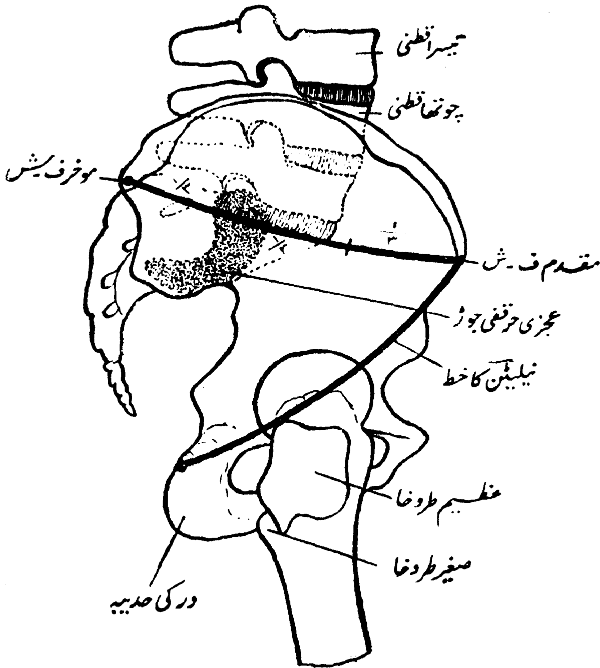
سطحی تشریح - الوی خطّہ (gluteal region) کے عظمی نقاط بخوبی شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ حرقفی کا عرف (crest) اور مقدم فوقانی شوکہ (anterior superior spine) دونوں

واضح ہوتے ہیں۔ موخر فوقانی شوکہ (posterior superior spine) کم نمایاں ہوتا
ہے، مگر عرف کا اس کی اپنی موخر انتہا تک تعاقب کرنے سے بآسانی محسوس کیا جاسکتا
ہے۔ یہ شوکہ دوسرے عجزی شوکہ کے لیول پر ہوتا ہے، اور عجزی حرقفی مفصل کے مرکز
کے عین پیچھے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۴)۔ عظیم طروخا (great trochanter) ایک
واضح امتیازی نشان ہے اور یہ عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کے روائی
نتھی سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ کولے کے جوڑ کے مرکز کے لیول پر
ہوتا ہے اور عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) کے وتر سے کسی قدر پوشیدہ
ہوتا ہے جو اس کے اوپر سے گذرتا ہے۔ زندہ موضوع میں طروخا کے نسبتاً کم مرتفع ہونے کا 555
انحصار جبکہ اس کا مقابلہ اس عظیم مرمیہ سے کیا جاتا ہے جو پنجر میں اس سے بنتا ہے،
عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) اور صغیرہ (minimus) کے اس خلا کو مکمل
طور پر پُر کرنے پر ہوتا ہے جو اس طروخا اور حرقفہ کے درمیان ہوتا ہے۔ جب یہ عضلات
ذبول ہو جاتے ہیں تو یہ زائدہ بہت نمایاں ہوجاتا ہے۔ نحیم افراد میں اس کا محل ایک
چھوٹے سے مگر واضح نشیب سے جو کولے کے جوڑ کے اوپر ہوتا ہے ظاہر ہوتا ہے۔

ورکی حدبیہ جات (ischial tuberosities) بآسانی محسوس کئے جاسکتے
ہیں۔ جب کولا بسط کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ عضلہ الویہ کبیرہ کے لحمی ریشوں سے
پوشیدہ ہوتے ہیں، لیکن جب یہ خم کردہ ہوتا ہے تو یہ زائدے ایک بڑی حد تک اس
عضلہ کے نیچے سے باہر نکل آتے ہیں۔

ان عظمی نقاط کی رہنمائی سے بہت سے سطحی تشریحی امتیازی نشانات متعین
کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۲۵)۔ چنانچہ فوقانی الوی (superior gluteal) شریان
عضلہ کمثریہ (pyriformis) کے اوپر سے عظیم نسائی کٹاؤ (great sciatic notch)
میں سے نکلتی ہے۔ اور اس خط کے اندرونی (بالائی) اور وسطی ایک تہائی حصوں
کے مقام اتصال پر پائی جاسکتی ہے جو حرقفہ کے موخر فوقانی شوکہ کو عظیم طروخا سے
ملاتا ہو جبکہ ران اندر کی طرف کو گردش کئے ہو۔ موخر فوقانی شوکہ سے جو خط حدبیہ ورکی
کے بیرونی حصہ تک کھینچا جاتا ہے وہ موخر تحتانی اور ورکی (نسائی) دونوں شوکہ جات

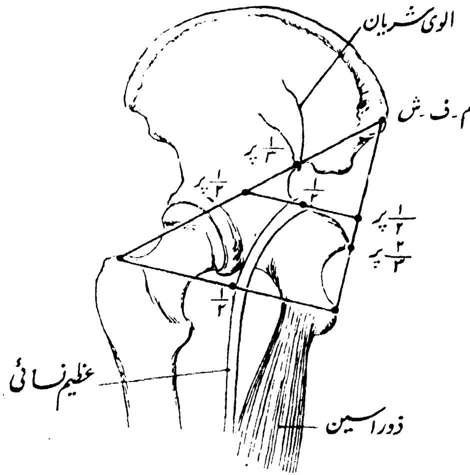
کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے (شکل ۱۴۵)۔ قبل الذکر شوکہ موخر فوقانی شوکہ سے ۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ اور موخر الذکر اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ نسائی (sciatic) شریان الوی خط میں اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی



شکل ۱۴۴۔ یہ شکل اس خط کو ظاہر کرتی ہے جس کا استعمال نیلیٹن (Nelaton) نے فخذی کی بالائی غیر وضعیت کو معلوم کرنے کیلئے کیا تھا۔ اور یہ ایک اور خط کو ظاہر کرتی ہے جو عجزی حرقفی جوڑ کے ترفان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

مقدم ف۔ش۔ مقدم فوقانی شوکہ حرقفی کا۔ موخرف۔ش موخر فوقانی شوکہ حرقفی کا

556 حصوں کے مقام اتصال پر داخل ہوتی ہے۔ داخلی حیائی (internal pudic) شریان،
عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کا عصب اور حیائی (pudendal)
عصب ورکی شوکہ پر سے گذرتے ہیں۔ اور اس لئے یہ آسانی سے مل بھی جاتے ہیں۔
عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کا ممر سرین میں مندرجہ ذیل طریقہ
557 سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ موخر فوقانی شوکہ (ا) اور عظیم طروخا (ب) اور حدبہ ورکی



شکل ۱۲۵ عظیم نسائی عصب کے خط کو ظاہر کرتی ہے۔
م۔ف۔ش۔ موخر فوقانی شوکہ۔

(ج) کو ملا کر ایک مثلث بناؤ۔ (ا ب) اور (ا ج) کی (د) اور (س) پر تنصیف کرو اور
(د) اور (س) کو خط سے ملاؤ۔ یہ عصب عظیم نسائی کٹاؤ میں سے عضلہ کمثریہ (pyriformis)
کے نیچے سے (د س) خط کے نقطہ وسطی پر نکلتا ہے۔ یہاں سے یہ عضلہ سادہ داخلہ
(obturator internus) عضلات توامیہ (gemelli) اور عضلہ فخذیہ مربعہ
(quadratus femoris) کو عبور کر کے (ب ج) خط کے نقطہ تنصیف تک پہنچ جاتا ہے

اس کے بعد یہ ذوراسین (biceps) کے نیچے سے ران میں چلا جاتا ہے۔ یہ نشانات شکل ۱۲۵ کو دیکھنے سے بخوبی سمجھ میں آجائیں گے۔

اس امر کا فیصلہ کہ آیا فخذی کی گردن یا اس کے سر میں ضربی یا امراضیاتی قصر واقع ہو چکا ہے ان کاشفات سے بآسانی کیا جا سکتا ہے جن میں ان عظمی نقاط سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ فخذی کا فوق طروخائی قصر مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کسی ایک سے ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ (۱) نیلیٹن (Nélaton) کا خط۔ مقدم فوقانی شوکہ سے حدیبہ ورکی تک جو خط کھینچا جائے اسے عظیم طروخا کی نوک پر سے گذرنا چاہیئے۔ اگر موخر الذکر اس کے اوپر ہو تو فخذی کی گردن یا اس کے سر میں قصر واقع ہو چکا ہے۔ (۲) برائینٹ (Bryant) کی مثلث۔ عظیم طروخاؤں کی نوک سے جو خطوط اُن عمودوں سے زاویہ قائمہ پر کھینچے جائیں جو مقدم فوقانی شوکہ سے اس کوچ پر گرائے جائیں جس پر مریض تکیہ لگائے لیٹا ہے، اُن کو دونوں جانب پر طول میں متماثل ہونا چاہیئے (۳) چین (Chiene) کے متوازی خطوط۔ ایک مقدم فوقانی شوکہ سے لیکر دوسرے تک جو خط کھینچا جائے اسے اُس خط کا متوازی ہونا چاہیئے جو ایک طروخا کی نوک سے دوسرے کی نوک تک کھینچا جائے۔ اگر یہ مستدق ہوں تو یہ فرض کرنے کے لئے کافی وجہ ہے کہ تنگ جانب پر فوق طروخائی قصر موجود ہے۔ (۴) مکرڈی (McCurdy) کا خط عانی شوکہ سے جسم کے خط وسطی سے زاویۂ قائمہ پر کھینچا جاتا ہے۔ اگر فخذی اپنی طبعی وضع پر ہو تو عانی خط کو عظیم طروخا پر سے یا اس سے عین اوپر سے گزرنا چاہیئے (شکل ۱۲۶)۔ اس خط کا نقطہ وسطی فخذی کے سر کے زیرین حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے۔ ان تمام پیمائشوں میں 'عظیم طروخا' کے الفاظ سے اس فراز کی نوک مراد لی جاتی ہے۔ اور 'حدیبہ ورکی' سے اس حدیبہ کا نمایاں ترین یعنی موخر خارجی حاشیہ مطلب لیا جاتا ہے۔ 558

سرین کا عضلی تودہ پیچھے سے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) سے اور آگے سے عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور عضلہ الویہ صغیرہ (gluteus minimus) اور عضلہ ناشرہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris) سے بنتا ہے موخر الذکر عضلہ اپنا فعل کرنے کی حالت میں یعنی جبکہ ران حالت تبعید میں اور اندر کی طرف کو

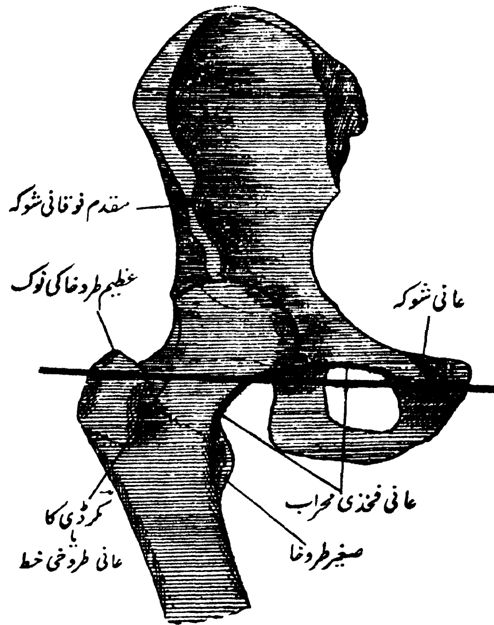
گھومی ہوئی ہو دیکھا جا سکتا ہے۔

سرین کا شکن عضلہ الویہ کبیرہ کے زیریں کنارہ کو جو ترچھا واقع ہوتا ہے عبور کرتا ہے۔ جب کولا مکمل بسط کردگی کی حالت میں ہو جیسا کہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو سرین گول اور نمایاں ہوتے ہیں، اور الوی شکن مستعرض اور بہت واضح ہوتا ہے۔ جب کولا ذرا خم کردہ ہو تو سرین چپٹے ہوجاتے ہیں اور الوی شکن ترچھا ہوکر غائب ہوجاتا ہے۔ کولے کے جوڑ کے مرض کے ابتدائی علامات میں سے سرین کا چپٹا پن اور الوی شکن کا فقدان بھی ہیں۔ ان امارات کا انحصار کولے کی خم کردگی پر ہوتا ہے جو علاج سے پیشتر اس عارضہ کے ہر ایک مریض میں تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ بہر حال کولے کے مرض کے تمام واقعات میں اور نیز صادق عرق النسا (sciatica) کے بہت سے مریضوں میں الوی عضلات بہت جلد لاغر ہوجاتے ہیں۔

سرین کے اوپر کی جلد موٹی اور کھردری ہوتی ہے اور اس میں دمل اکثر پیدا ہوتے ہیں۔ اس کی زیر جلدی ردا ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور اس میں بہت سی چربی موجود ہوتی ہے۔ سرینوں کی گولائی اور ان کے ابھار کا انحصار عضلی نمو کی نسبت زیادہ تر اسی چربی پر ہوتا ہے۔ "ہوتنتوتی زہرہ" (Hottentot Venus) کے نہایت عظیم الجسامت 559
سرینوں کے غیر معمولی ابعاد کا انحصار جن کا نمونہ بہت سے عجائب خانوں میں پایا جاتا ہے زیر جلدی چربی کے بہت بڑھ جانے پر ہوتا ہے۔ اس حصہ میں شحمی بافت کی جو مقدار موجود ہوتی ہے اس کی وجہ سے سرین شحمی سلعات کے لئے ایک موزوں جگہ ہیں۔ سطحی ردا کے ڈھیلے پن کے باعث خون اور پیپ دونوں کے بڑے بڑے انصبابات الوی خطہ میں واقع ہوجاتے ہیں۔

سرین کی عمیق ردا جو ردائے عریض (fascia lata) کا ایک حصہ ہے بہت عظیم الاہمیت ہے۔ یہ کثیف غشا اوپر کی طرف حرقفی عرف (iliac crest) اور عجزی اور عصعص سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ سامنے کی طرف یہ عضلہ الویہ وسطیٰ (gluteus medius) پر سے اترتی ہوئی عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کی اندرونی کور پر پہنچ کر دو تہوں میں تقسیم ہوجاتی ہے، جن میں سے ایک اس عضلہ کے اوپر سے اور ایک

اس کے نیچے سے چلی جاتی ہے۔ اس لئے عضلۂ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) ردا کی دو تہوں میں بند ہوتا ہے، اور دونوں چھوٹے الوی عضلات ایک عظمی صفاقی فضا میں محصور ہوتے ہیں جو اوپر کی طرف سے مضبوطی سے بند ہوتی ہے، اور صرف نیچے کیطرف سے



شکل ۱۲۶۔ یہ شکل یہ ظاہر کرتی ہے کہ عانی شوکہ (درنہ) اور عظیم طردخا کی نوک دونوں ایک ہی افقی مستوی پر واقع ہوتے ہیں (نمکرڈی کا خط)۔ نیز فخذی کی گردن کے زیرین کنارہ اور سوراخ ساد کے اندرونی کنارہ سے ایک مسلسل محراب (شینٹن کی محراب : Shenton's arch) بنتی ہے جبکہ فخذی کے تعلقات طبعی ہوں۔

ران کی جانب پر اور اندر کی طرف سے نسائی سوراخ پر کھلی ہوتی ہے۔ خون کی وعا بدریاں 560
اس ردا کے نیچے واقع ہو سکتی ہیں، اور جلد کی رنگت میں کوئی تغیر پیدا نہیں ہوتا جو ان کے
وقوع پر دلالت کرے۔ اور خون اس کثیف غشا میں سے گذر کر سطح تک نہیں آسکتا ایسی
وعا بدریاں مدت تک محبوس رہتی ہیں اور چونکہ ان میں تموج پایا جاتا ہے اس لئے
یہ غلطی سے خراج تصور کی جاسکتی ہیں۔

اس ردا کے نیچے عمیق التہاب واقع ہونے سے خاصکر جبکہ یہ عضلہ الویہ وسطیہ
(gluteus medius) کے نیچے واقع ہو بہت درد پیدا ہوتا ہے، کیونکہ التہابی انصبابات
دو دیواروں کے درمیان محبوس رہتے ہیں جن میں سے ایک طرف تو ہڈی کی دیوار
ہوتی ہے، اور دوسری طرف کثیف ردا اور مضبوط عضلہ کی۔ ایسے محبوس خراجات سطح تک
پہنچنے سے پیشتر ران کے نیچے کی طرف ایک معتدبہ فاصلہ تک چلے جاتے ہیں۔ اور
فیرابوف (Farabeuf) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جس میں ایک الوی خراج پھٹنے سے
پہلے ٹخنے تک چلا گیا تھا۔ بعض حالتوں میں الوی خراج نسائی سوراخوں میں سے گذر کر
حوض میں جاسکتا ہے، یا حوضی خراج ان میں سے کسی ایک سوراخ میں سے نکل کر سرین کے
عمیق خراج کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔ 561

ردائے عریض کا وہ موٹا حصہ جو جارحہ کے بیرونی حصہ پر حرقفہ کے عرف (جو
اوپر کی طرف ہوتا ہے) اور قصبیہ (tibia) کے بیرونی حدبیہ اور شظیہ (fibula)
کے سر (جو نیچے کی طرف ہوتے ہیں) کے درمیان ہوتا ہے **حرقفی قصبیتی بند**
(ilio-tibial band) کہلاتا ہے۔ یہ بند حرقفی عرف اور عظیم طروخا کے درمیانی خلا پر
خوب تنیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر ان دونوں مقامات کے درمیان انگلیوں سے دباؤ ڈالا جائے
تو ردا کے اس حصہ کی مزاحمت بخوبی محسوس کی جاسکتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ عظم فخذی کی
گردن کے کسر میں جب اعظیم طروخا کو عرف کے نزدیک کیا جائے گا تو یہ بند ڈھیلا ہو جائیگا۔
یہ مشاہدہ عظم فخذی کے گردن کے کسور میں مفید ثابت ہو سکتا ہے۔

عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کی زیرین آزاد کور ترچھی ہوتی ہے،
اور سرین کے شکن کے مستعرض خط سے کچھ نیچے ختم ہو جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ یہ عظیم الجسامت

عضلہ بھی گاہے گاہے چوٹ سے منشق ہو جاتا ہے۔

عظیم طروخا کے اوپر کم از کم تین درجکیں (bursæ) پائی جاتی ہیں جو اس زائدہ کو تین الوی عضلات سے فرداً فرداً علیحدہ کرتی ہیں۔ ان میں سے وسیع ترین وہ ہوتی ہے جو عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کے منتہی (جو حرقفی قصبینی بند پر ہوتا ہے) اور عظیم طروخا کی بیرونی سطح کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ درجک عظیم طروخا کو ران کی گردش کے دوران میں اس عضلہ کے نیچے آزادی سے حرکت کرنے دیتی ہے۔ جب یہ ناچہ ملتہب ہو جاتا ہے تو جارحہ کو حرکت دینے میں بہت تکلیف ہوتی ہے، اور ران عموماً خم کردہ اور متقرب رہتی ہے۔ اس وضع کا فائدہ یہ ہے کہ جہاں تک الوی عضلات کا تعلق ہے جارحہ کو حرکت سے مطلق سکون حاصل ہو جاتا ہے، اور یہ عضلات جب فعل کرتے ہیں تو جارحہ کو بسط کردگی اور تبعید کی حالت میں لے آتے ہیں، اور اس طرح ایلم درجک پر دباؤ ڈالتے ہیں۔

ورکی حدبیہ (ischial tuberosity) پر بھی ایک درجک ہوتی ہے جو ان اشخاص میں ملتہب ہو جاتی ہے جن کو اپنے مشاغل میں بیٹھنے کی بہت ضرورت ہوتی ہے۔ اور اس وضع میں درجک پر براہ راست دباؤ پڑتا ہے۔ یہ ناچہ اس مرض کا تشریحی اساس ہے جو قدیم کتابوں میں "سرین بافندہ" (weaver's bottom) یا "سرین ملاح" (lighterman's bottom) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ جب یہ درجک بڑی ہو جاتی ہے تو یہ بعض اوقات تحتانی حیائی (inferior pudendal) (موخر فخذی جلدی کی عجانی شاخ) پر دباؤ ڈالتی ہے۔ 562

سرین کی شریانیں اور اس کے اعصاب۔ فوقانی الوی شریان (superior gluteal artery) اتنی ہی بڑی ہوتی ہے جتنی بڑی کہ زندی (ulnar) شریان۔ اور نسائی (sciatic) (تحتانی الوی: inferior gluteal) اتنی ہوتی ہے جتنی کہ لسانی (lingual)۔ قبل الذکر کی جسامت بعض اوقات بہت ہی بڑی ہوتی ہے، اور اس کے زخمی ہونے سے نزف سے موت جلد واقع ہو چکی ہے۔ الوی عروق میں سے صرف اسی شریان کی شاخیں زخمی ہوتی ہیں، کیونکہ اصلی تنے کا زیادہ تر حصہ حوض کے اندر واقع ہوتا ہے۔ الوی انورسما پہلے بہت قلیل الوقوع نہیں تھے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ

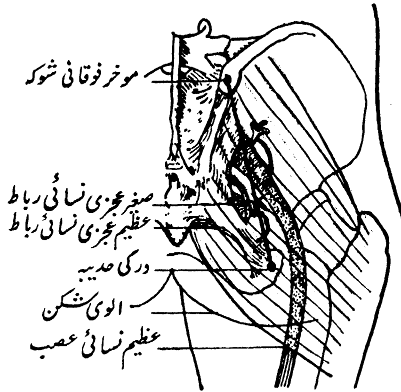
الوی شریان، یا یہ زیادہ صحیح ہوگا کہ داخلی حرقفی (زیر معدی) تنا معائے مستقیم میں سے مضغوط کیا جا سکتا ہے۔ الوی اور نسائی شریانیں دونوں ان کے ممر پر براہ راست شگاف دینے سے سرین میں باندھی جا چکی ہیں۔ شاذونادر واقعات میں نسائی عصب کی رفیق شریانیں بعض اوقات فخذی شریان کی جسامت اور اس کے وظائف اختیار کر لیتی ہے۔

نسائی عصب (sciatic nerve) عجزی ضفیرہ کے بڑے حصہ کا ایک تسلسل ہے جو نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۱۲۵ و ۱۲۷)۔ اس عصب میں وہ وجع العصب جو عرق النسا (sciatica) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کے قریبی تعلقات کا مطالعہ کرنے سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ یہ بہت سے خارجی اثرات کے لئے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ حوض میں یہ حوضی سلعہ کے مختلف اقسام سے دب سکتا ہے، اور اس طرح عرق النسا (sciatica) پیدا ہو سکتا ہے۔ معائے مستقیم میں براز کے مجتمع ہونے سے اس عصب پر دباؤ پڑ سکتا ہے اور وجع العصب پیدا ہو سکتا ہے۔ نیز یہ بھی کہا جاتا ہے کہ پیچیدہ اقسام کے وضع حمل میں جنین کے سر کے دباؤ سے اسے نقصان پہنچ چکا ہے۔ اور کولے کی شدید حرکتوں سے یہ ماؤف ہو چکا ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو اس عصب اور کولے کے جوڑ کے قریبی تعلق کو ذہن نشین رکھنے سے بآسانی سمجھ میں آجائے گی۔ مزید برآں یہ عصب سطح سے اتنا قریب ہے کہ باہر کی سردی کا بھی اس پر اثر ہو جاتا ہے، اور اس اثر کے ساتھ عرق النسا (sciatica) کی بہت سی قسمیں منسوب کی گئی ہیں۔

563 **عصب کا اطناب** (nerve-stretching) **اور اس میں انشراب کرنا۔**

عرق النسا (sciatica) کے علاج کے لئے نسائی (sciatic) عصب بعض اوقات شگاف دے کر معرا کر لیا جاتا ہے، اور اس کا اطناب کیا جاتا ہے۔ اس طریق کار کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا ضروری ہے کہ یہ عصب اور دوسرے اعصاب جبل شوکی کے ٹوٹنے کے بغیر کس قدر زیادہ جر کے متحمل ہو سکتے ہیں۔ ٹرومبیٹا (Trombetta) جس نے اعصاب کے نقطۂ شکست کی طرف بہت توجہ دی ہے، یہ بیان کرتا ہے کہ مندرجۂ ذیل اوزان نیچے دئے ہوئے اعصاب کو توڑ سکتے ہیں۔

عظیم نسائی ۔ ۱۸۳ پونڈ۔
داخلی مابضی ۔(قصبیتی) ۱۱۴ پونڈ۔
مقدم ساقی (فخذی)۔ ۸۳ پونڈ۔
وسطی ۔ ۸۳ پونڈ۔
زندی اور کعبری ۔ ۵۹ پونڈ۔
عضدی ضفیرہ گردن میں ۔ ۴۰ تا ۶۳ پونڈ۔
عضدی ضفیرہ بغل میں ۔ ۳۵ تا ۸۱ پونڈ۔



شکل ۱۲۷۔نسائی عصب کے بالائی حصہ کا تکون اور اس کے تعلقات۔

نسائی عصب بسط کردہ اسفل جارحہ کو پیٹ پر خمیدہ کرنے سے تنیدہ کیا جا سکتا
564 ہے۔ اس تدبیر سے عرق النسا (sciatica) کے بعض مریضوں کو شفا ہوگئی ہے۔

عرق النسا (sciatica) کے درد کو رفع کرنے کی غرض سے نسائی عصب میں زیر جلدی اشراب کرنے کے لئے سوئی اس طرح بھونکی جاتی ہے کہ وہ اس مقام پر عصب

میں داخل ہو جائے جہاں یہ ہڈی پر بڑے عجزی نسائی (نسائی :sciatic) کٹاؤ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ نقطہ اس رہنما خط سے بہترین طور پر معلوم کیا جاتا ہے جو موخر فوقانی شوکہ سے لیکر حدیبہ ورکی (ischial tuberosity) تک کھینچا جائے۔ اگر سوئی کی نوک اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال سے ½ انچ باہر کی طرف داخل کی جائے تو یہ براہ راست اس عصب کے اوپر پہنچ جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ یہ عصب یہاں عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور عظم ورکی (ischium) پر عضلہ کمثریہ (pyriformis) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے درمیان واقع ہوتا ہے، جن میں سے اول الذکر اوپر اور موخر الذکر نیچے ہوتا ہے۔ دوسرے سطحی نشانات جو اس خطہ میں اس عصب کے ممر کو ظاہر کرتے ہیں صفحہ 555 پر دئے گئے ہیں۔

سرین کو جلدی عصبی رسد کثرت سے پہنچتی ہے اور اس حصہ کی لمسی حساسیت تقریباً اتنی ہی تیز ہوتی ہے جتنی کہ ہاتھ کی پشت پر کی، اور یہ ایسے حصوں مثلاً گُدی، ران اور پشت کے وسطی حصوں کی اسی قسم کی حساسیت سے زیادہ تیز ہوتی ہے۔ الوی جلد کا احساس قطنی اعصاب کی موخر شاخوں کے شاخچوں، بعض عجزی اعصاب کی شاخوں، آخری ظہری عصب کی جانبی جلدی شاخ، حرقفی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب کی حرقفی (جانبی) شاخ، خارجی (جانبی) جلدی عصب کے شاخچوں، اور صغیر نسائی (small sciatic) کی بڑی بڑی شاخوں سے حاصل ہوتا ہے۔ یہ اعصاب چار شوکی قطعات سے آتے ہیں یعنی بارھویں ظہری، پہلے قطنی، دوسرے اور تیسرے عجزی سے (شکل ۱۵۰ صفحہ 669)۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سرین کی طرف سے نسائی سوراخوں (sciatic foramina) میں سے حوضی احشاء تک رسائی بآسانی کی جاسکتی ہے۔ لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں ایک مریض داخل ہوا تھا جس کے سرین پر بظاہر ایک معمولی سی ہول لگی تھی۔ چند دن کے بعد وہ حاد التہاب باریطون سے مرگیا، اور امتحان بعد الموت سے یہ ثابت ہوا کہ خنجر عظیم عجزی نسائی کٹاؤ میں سے گزر کر مثانہ میں داخل ہو گیا تھا، اور اس سے

پیشاب باریطونی کہفہ میں چلا گیا تھا۔ جنگ عظیم میں بہت سے خراب ترین شکمی ضربات وہ تھے 565
جن میں داخلہ کا زخم سرینی خطہ میں واقع تھا۔ سرین کی ضربوں میں معائے مستقیم کو بھی نقصان
پہنچ چکا ہے۔ اور اینگر (Anger) نے ایک مصنوعی مبرز کا حال درج کیا ہے جو سرین پر
واقع تھا۔ اور یہ بندوق کے ایک زخم کا نتیجہ تھا جو سرین میں سے ہوتا ہوا اعور میں کھل گیا تھا
اسی راستہ سے معائے مستقیم کے جزئی استیصال کے لئے کراسک (Kraske) کا عملیہ اور حالیہ
رگبی (Rigby) کا عملیہ سرانجام دیا جاتا ہے۔

۲۔ فخذی (سکارپا کی :Scarpa's) مثلث کا خطہ

سطحی تشریح ۔ بن ران کے خطہ کے اہم ترین امتیازی نشانات مقدم فوقانی
حرقفی شوکہ، ارتفاق عانہ (symphysis pubis) عانہ کا شوکہ (درنہ)، اور اربی (پوپارٹ
کا :Poupart's) رباط بآسانی شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں شوکوں کا ذکر پہلے
کیا جا چکا ہے (صفحہ 554)۔ اربی رباط (inguinal ligament) ایک منحنی خط کی متابعت
کرتا ہے جو ان دونوں مرتبہ جات کے درمیان کھینچا جائے اور جس کا انحداب نیچے کی طرف ہو
یہ مضبوط اشخاص میں بھی محسوس کیا جا سکتا ہے اور اس کا اندرونی نصف بیرونی سے
زیادہ واضح ہوتا ہے۔ اور بہت موٹے اشخاص میں بھی اس کا محل ایک خفیف سے فجوہ
سے ظاہر ہوتا ہے۔ چونکہ یہ رباط ردائے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتا ہے
اس لئے یہ ران کی خم کردگی اور تقریب کی حالت میں یا جب کہ اس کو اندر کی طرف گردش
دی جائے ڈھیلا اور کم واضح ہو جاتا ہے۔ عانی اور مقدم فوقانی شوکوں کو جو خط ملاتا ہے
اس کا نقطۂ وسطی فخذی اور کولے کے جوڑ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر بن ران
کو عبور کرتی ہوئی اکثر ایک جھری دکھائی دیتی ہے۔

عضلہ خیاطیہ (sartorius muscle) اس وقت دکھائی دیتا ہے جب کہ
ٹانگ مقابل کے گھٹنے پر سے آڑی اونچی کی جائے اور عضلہ مقربہ طویلہ (adductor
longus) اس وقت واضح ہوتا ہے جبکہ ران حالت تبعید میں ہو، اور موضوع کی جارحہ
کو تقریب کی حالت میں لانے کی کوششوں کی مزاحمت کی جائے۔ فربہ اشخاص میں بھی

566

اس عضلہ کی کور محسوس کی جاسکتی ہے جبکہ یہ اپنا فعل زور سے کر رہا ہو ، اور انگلیاں اس کے کنارہ سے ساتھ ساتھ عین اس کے مبدا تک جو عانی شوکہ کے نیچے ہی واقع ہوتا ہے پہنچائی جا سکتی ہیں۔

اس خطہ کے لمفی غدد (lymphatic glands) خاص کر دبلے بچوں میں بعض اوقات جلد کے نیچے محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ فخذی حلقہ (femoral ring) اربی رباط کے پیچھے عانی شوکہ سے ۱ انچ باہر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔ صافنی فتحہ (حفرہ بیضویہ :fossa ovalis) کا محل بعض اوقات جلد کے ایک خفیف سے نشیب سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ اربی رباط کے عین نیچے واقع ہوتا ہے، اور اس کا مرکز عانی شوکہ سے تقریباً ۱½ انچ نیچے کی اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ دبلے اشخاص میں طویل صافنی ورید صافنی فتحہ کو جاتی ہوئی اکثر شناخت کی جا سکتی ہے۔

اگر فخذی نقطہ (شکل ۸۹) یعنی ارتفاق عانہ اور مقدم فوقانی حرقفی شوکہ کے درمیانی فاصلہ کے وسطی نقطہ سے عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کے درنہ (tubercle) تک جو فخذی کے اندرونی (وسطانی) فندال کے عین اوپر ہوتا ہے، ایک خط کھینچا جائے جبکہ ران خفیف سی خم کردہ، باہر کی طرف کو گھومی ہوئی، اور بعد ہو تو اس کا بالائی دو تہائی حصہ فخذی شریان (femoral artery) کا متناظر ہوگا۔ اربی رباط کے عین نیچے فخذی ورید اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتی ہے، اور مقدم ساقی (فخذی) عصب اس کے باہر کی طرف سے ½ انچ کے فاصلہ پر گذرتا ہے۔ عمیق فخذی (profunda femoris) اربی رباط سے تقریباً ۱½ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور داخلی اور خارجی منحن (circumflex) عروق اس ساخت سے تقریباً ۲ انچ نیچے سے نکلتے ہیں۔

فخذی (femoral) (سکارپا کی :Scarpa's) مثلث کے اوپر کی جلد سرین کی جلد کی طرح کی نہیں ہوتی بلکہ یہ نسبتاً پتلی اور نازک ہوتی ہے۔ جو حصے اس کے عین نیچے واقع ہوتے ہیں ان کے ساتھ اس کے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہونے کی وجہ سے یہ ایک بڑی حد تک کھینچ بھی سکتی ہے جیسا کہ بڑے بڑے فخذی فتوق اور بعض عظیم الجسامت

اربی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔بعض اوقات یہ شدید جرّ سے دریدہ بھی ہوجاتی ہے جیسا کہ برن (Berne) کے اطلاع کردہ واقعہ میں ہوا تھا۔ اس واقعہ میں مریض ۱۱ سال کا ایک لڑکا تھا جسے کولے کا مرض لاحق تھا۔ اس کی رانیں شکم پر خم کردہ تھیں اور جب اس بدشکلی کو دور کرنے کے لئے ان کی بسط کردگی زور سے کی گئی تو جلد بن ران کے عین نیچے سے پھٹ گئی اور تقریباً ۲½ انچ چوڑا شگاف رونما ہوگیا۔ 567

بن ران کے خطہ کے منقبض ہونے والے ندبوں سے کولے کی مستقل خم کردگی پیدا ہوسکتی ہے۔اور اس خطہ کے قرب وجوار کے عمیق اور شدید احتراقات کے بعد یہ نتیجہ اکثر پیدا ہوتا ہے۔ساتھ ہی یہ بھی معلوم ہوجانا چاہئے کہ بن ران کے افقی زخموں کو ران کو خفیف سی خم کردگی کی حالت میں رکھنے سے بخوبی ملایا جاسکتا ہے۔

ایسی مثالیں درج کی گئی ہیں جن میں مستزاد پستانی غدہ معہ مناسب حلمہ کے بن ران میں واقع تھا۔جیسیو (Jessieu) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس میں پستان اسی محل پر واقع تھا اور وہ یہیں سے اپنے بچہ کو دودھ پلاتی تھی (دیکھو صفحہ 245)۔

چند واقعات میں خصیہ صفن میں اترنے کی بجائے فخذی قنال میں سے نکل کر فخذی مثلث میں ظاہر ہوچکا ہے۔فخذی فتق کی طرح یہ اربی رباط کے اوپر سے بھی گذر چکا ہے۔اور یہ غالباً جارحہ کے حرکات سے یہ رخ اختیار کرتا ہے۔

اس خطہ کی سطحی ردا زیادہ کثیف نہیں ہوتی، اور سطحی خراج کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہوتی۔یہ توضیح اس امر سے نہایت اچھی طرح سے ہوتی ہے کہ سکارپا (Scarpa) کی مثلث کے غدد میں تقیح اکثر واقع ہوتا ہے، مگر پیپ باوجود اس کے کہ غدد سطحی ردا کی کثیف تر تہ میں (کیونکہ اس خطہ میں ردا دو تہوں میں تقسیم ہوجاتی ہے) ملفوف ہوتے ہیں اکثر حالتوں میں سطح تک آپہنچتی ہے، گو اس تہ کو پیپ کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے روکنا چاہئے۔

اگرچہ اس خطہ میں زیر جلدی چربی خاص طور پر افراط سے نہیں پائی جاتی مگر فخذی مثلث سلعات شحمیہ کے لئے ایک موافق محل ہے۔

ردائے عریض (fascia lata) جارحہ کو مکمل طور پر محصور کرتی ہے، اور جہاں تک

ران کی سامنے کی طرف کا تعلق ہے یہ اوپر کی طرف رباط اربی سے، اور عانی کے جسم اور
فرع سے، اور عظم ورکی کی فرع سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس کے تسلسل میں صرف صافنی فتحہ
568 (saphenous opening) ہی مخل ہوتا ہے۔ یہ ردا عمیق خراجات اور عمیق بالیدوں
پر کسی قدر اثر انداز ہوتی ہے، چنانچہ خصری خراج (psoas abscess) ران تک عضلہ خصر
(psoas muscle) کی متابعت کرنے سے پہنچ جاتا ہے، اور فخذی مثلث میں پہنچ جانے
پر یہ ردائے عریض (fascia lata) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ کثیر التعداد واقعات میں اسکا
منھ وہاں بنتا ہے جہاں عضلہ خصریہ ختم ہوتا ہے۔ مگر دوسری اور قلیل الوقوع مثالوں میں
اس کی ترقی پر ردائے عریض (fascia lata) کا اثر یقیناً پڑتا ہے، اور یہ جارحہ میں نیچے
کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اس طرح متاثر ہونے سے خصری خراج ران کے زیرین حصہ میں
اور گھٹنے پر بھی ظاہر ہو چکا ہے۔ اور ایرکسن (Erichsen) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے
جس میں اسی قسم کا ایک خراج (جو ظہری شوکی عمود میں شروع ہوا تھا) انجام کار اخیلی وتر
(tendo Achillis) (عقبیتی وتر :tendo calcaneus) کی ایک جانب پر کھولا
گیا تھا۔

عضلات۔ حرقفی خصری (ilio-psoas) عضلہ پر جو کولے کے جوڑ کی مقدم جانب پر تنا ہوا معلوم ہوتا ہے اور اس جوڑ کے بہت سے حرکات میں حصہ لیتا ہے سخت ورزشوں میں بار پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس عضلہ اور کولے کے جوڑ کے کیسہ کے درمیان ایک درجک ہوتی ہے، جو اکثر اس جوڑ سے ربط وراہ رکھتی ہے۔ مزمن طور پر ملتہب ہونے سے یہ درجک ران کے سامنے ایک بڑے سلعہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ التہاب کی حالت میں اس درجک سے دباؤ رفع کرنے کے لئے ران ہمیشہ خم کردگی کی حالت میں آجاتی ہے۔ اور ایسے علامات کا ایک سلسلہ نمودار ہوجاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے مرض کے علامات سے مختلف نہیں ہوتے۔ مزید براں حرقفی خصری عضلات عمود شوکی کے قطنی خطہ کے بین فقراتی مفاصل اور عجزی حرقفی (sacro-iliac) جوڑوں پر بھی فعل کرتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان جوڑوں میں سے کسی ایک کے مرض سے اس عضلہ میں خراش اور انقباض پیدا ہوجاتا ہے۔ جسم میں درحقیقت اور کوئی عضلات ایسے نہیں ہیں جن کے

سریری تعلقات حرقفی خصری عضلات کی نسبت زیادہ وسیع اور زیادہ اہم ہوں۔ اگر گردوں، مالبین، اعور، زائدہ دودیہ، سگما نما قولون، لبلبہ، لمفی غدد کے حرقفی سلسلہ، یا قطنی ضفیرہ کے اعصاب میں کوئی مرضی حالت موجود ہو تو ان حرکات سے جن میں حرقفی خصری عضلہ بھی شامل ہوتا ہے درد پیدا ہوتا ہے۔

خیاطیہ (sartorius) ایک عضلہ ہے جس کے اپنے طول اور عجیب وغریب فعل وغیرہ کی وجہ سے ضرب سے منشق ہونے کی مشکل ہی سے توقع کی جاسکتی ہے۔ مگر
ڈوپیٹرن کے عجائب خانہ (Musée Dupuytren) میں اس قسم کے انشقاق کا ایک 569
نمونہ ہے جو اس عضلہ کے وسط پر واقع ہوا تھا اور لیفی بافت سے متحد ہوگیا تھا۔ عضلات مقربہ (adductor muscles) پر اور خاصکر عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) پر گھوڑے کی سواری کی ورزشوں میں اکثر بار پڑجاتا ہے۔ اور بعض اوقات جزوی انشقاق تک بھی واقع ہوجاتا ہے کیونکہ زین کی گرفت زیادہ تر انہی عضلات سے قائم رہتی ہے۔ ایسے حادثات کا نام "سواروں کی موچیں" (rider's sprains) رکھا گیا ہے۔ ان میں یہ عضلات بالعموم اپنی چسپیدگیوں کے قریب ماؤف ہوجاتے ہیں۔ جب ان کے ریشے منشق ہوجاتے ہیں تو اکثر بہت سا خون منصب ہوجاتا ہے، اور ایسے انصبابات بعض اوقات اس قدر کثیف اور لیفینی ہوجاتے ہیں کہ ان سے ایک تودہ بنجاتا ہے جو غلطی سے عانین کا علٰحدہ شدہ ٹکڑا تصور کیا جاچکا ہے (سرہنری مورس :Sir Henry Morris)۔ "عظم الراکب" (rider's bone) کی اصطلاح سے عضلہ مقربہ طویلہ یا کبیرہ کے بالائی وتر کا تعظم مراد ہے جو اس پر بار پڑنے یا اس کے جزوی انشقاق کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسے واقعات کی اطلاع دی جاچکی ہے جن میں اس وتر میں ہڈی کا یہ ٹکڑا ½ انچ، ۲ انچ، اور ۳ انچ تک بھی لمبا تھا۔ عضلات پر بار پڑنے اور ان کے ناگہانی فعل سے گاہے گاہے ایسا ہوتا ہے کہ ایک عضلہ یا اس کے کچھ حصہ کا منتہی فخذی سے جزوی طور پر علٰحدہ ہوجاتا ہے، اور اس کے ساتھ گرد عظمہ کا ایک ٹکڑا بھی جدا ہوجاتا ہے۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محل انشقاق پر نئی ہڈی بنجاتی ہے، اور ایک سلعہ نما تودہ تیار ہوجاتا ہے (گاڈلی :Godlee)۔

عروق خون۔ فخذی شریان (femoral artery) فخذی مثلث میں

اتنی سطحی ہوتی ہے کہ یہ اکثر زخمی بھی ہو جاتی ہے ۔ مزید برآں یہ عرق اس حصہ کے سرطانی اور آکلی (phagedænic) تقرحات سے پھٹ چکا ہے ۔ اس واقعہ سے مہلک نزف واقع ہو چکا ہے ۔ اس شریان پر دباؤ موزوں ترین طریقہ سے اس نقطہ پر ڈالا جاتا ہے جو رباط اربی کے عین نیچے حرقفہ کے مقدم فوقانی شوکہ اور ارتفاق عانہ کے درمیانی فاصلہ کے وسط پر واقع ہوتا ہے ۔ دباؤ کا رخ پیچھے کی طرف کو رکھنا چاہئے تاکہ یہ عرق عانی اور کولہے کے جوڑ کے کیسہ کے ہم پہلو حصوں پر مضغوط ہو جائے ۔ اس سے اور نیچے منغطہ کا رخ پیچھے کی اور باہر کی طرف کو ہونا چاہئے ۔ تاکہ یہ شریان ہڈی کی پوری سے جا لگے جو اس سے کچھ فاصلہ پر اس کی بیرونی جانب پر واقع ہوتی ہے ۔

شریان اور ورید کے نزدیک نزدیک واقع ہونے کی وجہ سے اس خطہ میں زخموں کے بعد شریانی وریدی انورسما پائے گئے ہیں ۔ مشترک فخذی شریان میں انورسما 570
پہلے کثیر الوقوع تھا ۔ اور اس امر کے لئے کہ یہ عرق کیوں ماؤف ہوتا ہے بہت سے وجوہ پیش کئے جا سکتے ہیں ۔ یہ عرق دو بڑے تنوں میں تقسیم ہونے کو تیار ہوتا ہے ، اسکا سطحی محل ضرر کے لئے اس کو معرض رکھتا ہے ، کولے کی حرکتوں کا اثر اس پر بہت زیادہ پڑتا ہے ، اور اگر اس کی دیوار مرض زدہ ہو تو ان حرکات کی زیادتی سے اس کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے ۔

فخذی ورید (femoral vein) کا وریدی التہاب (phlebitis) اسکے بالائی یا زیادہ سطحی حصہ کی کوفتگی سے واقع ہو چکا ہے ، اور ران کی بزور خم کردگی کرنے سے بھی اس قسم کا نتیجہ پیدا ہو چکا ہے ۔ طویل (کبیر) صافنی ورید اکثر دوالی نما ہوتی ہے ۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) ردائے عریض (fascia lata) کے باہر واقع ہوتی ہیں ۔ اور اس لئے ان کو اس سے کوئی سہارا نہیں ملتا ۔ عضلی شقتوں میں وریدوں کے اندر کا دباؤ بعض اوقات بہت بڑھ جاتا ہے اور اس حالت میں صافنی وریدوں کو اکیلے معتدبہ بار برداشت کرنا پڑتا ہے ۔ اگر یہ بار مدت تک پڑتا رہے تو عضلی طبقات جواب دے دیتے ہیں اور دوالی نما حالت پیدا ہو جاتی ہے ۔

اعصاب ۔ مقدم ساقی (anterior crural) **یا فخذی** (femoral) **عصب**

حرقفی خصری (ilic-psoas) عضلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ کہا جاتا ہے کہ اس عصب کا وجع العصب اور نیز شلل بھی اس عضلہ کے التہاب اور خصری خراج سے پیدا ہوسکتا ہے۔ یہ تنا اپنے سطحی محل کی وجہ سے ضربات کے لئے معرا رہتا ہے تناسلی ساقی (genito-crural) عصب (وہ عصب جو معلاقی: cremaster عضلہ کو رسد پہنچاتا ہے) فخذی مثلث میں سے ایک رشتک ران کو بھیجتا ہے۔ اس عصب کے جو فخذی شریان کے ساتھ ہی اس کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے محل پر کی جلد کی خراش سے بچوں میں خصیہ فوراً باز کشیدہ ہوجاتا ہے۔ زیادہ شدید ہیجان کی حالت میں یہی نتیجہ اکثر بالغوں میں بھی دیکھا جاتا ہے اس طریقہ سے حبل شوکی کے دوسرے قطنی قطعہ کی حالت کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔ 571

اس خطہ کے لمفی غدد کثیر التعداد ہیں اور چونکہ ان میں خراج اکثر واقع ہوتا ہے اس لئے یہ معلوم کرنا ضروری ہے کہ ان کے درآر عروق کہاں کہاں سے آتے ہیں۔ یہ ایک سطحی اور ایک عمیق گروہ پر منقسم ہیں۔ سطحی گروہ جس میں غدد کی اوسط تعداد دس تا پندرہ ہوتی ہے دو گروہوں میں مترتب ہوتا ہے۔ ان میں سے ایک اربی رباط کے متوازی اور قریب ہوتا ہے (افقی سلسلہ)۔ اور دوسرا طویل صافنی ورید کے متوازی اور قریب (انتصابی سلسلہ)۔ عمیق گروہ میں تقریباً چار غدد ہوتے ہیں اور یہ فخذی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ اور فخذی قنال تک پہنچ جاتے ہیں۔

اربی غدد میں مندرجہ ذیل عروق لمف جاتے ہیں:۔

جارحہ اسفل کے سطحی عروق = سطحی غدد کا انتصابی گروہ۔

شکم کے زیرین نصف حصہ کے سطحی عروق = افقی گروہ کے وسطی غدد۔

سرین کی بیرونی سطح کے سطحی عروق = افقی گروہ کے خارجی غدد۔

سرین کی اندرونی سطح کے = افقی گروہ کے اندرونی غدد (ان عروق میں سے چند انتصابی غدد کو جاتے ہیں۔)

سطحی عروق خارجی اعضائے تناسل سے = افقی غدد۔ (چند انتصابی گروہ کو چلے جاتے ہیں۔)

عجان اور مبرز کے سطحی عروق = انتصابی گروہ۔

جارحہ اسفل کے عمیق عروق لمف = غدد کا عمیق گروہ۔

جو عروق لمف ساد (obturator)، الوی (gluteal) اور نسائی (sciatic) شریانوں اور قضیب کے عمیق عروق کے ساتھ ہوتے ہیں وہ حوض کو چلے جاتے ہیں، اور اربی غدد سے ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جارحہ اسفل کے صرف وہی سطحی عروق اربی غدد کو براہ راست نہیں جاتے جو ٹخنے کی باہر کی اور ٹانگ کی پچھلی جانب کی مسیلیت کرتے ہیں۔ ان رقبہ جات کے عروق قصیر (صغیر) صافنی ورید کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور مابضی (popliteal) غدد میں ختم ہو جاتے ہیں۔ ان غدد کے برآر عروق عمیق اربی گروہ کو جاتے ہیں۔

عمیق غدد میں سے ایک غدہ فخذی قنال میں اور فخذی فاصل (septum femorale) کے اوپر پایا جاتا ہے۔ چونکہ یہ کثیف بافتوں سے گھرا ہوتا ہے اس لئے جب یہ ملتہب ہوتا ہے تو اس سے بہت سی تکلیف اور کولے کی حرکت سے بہت سا درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس سے پیدا شدہ معکوس اختلال کی وجہ سے
فتق مخنوق کے سے علامات پیدا ہو چکے ہیں۔ مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی 572
femoral:) عصب کی کچھ شاخیں اربی لمفی غدد پر واقع ہوتی ہیں۔ اور سر بی۔ بروڈی (Sir B. Brodie) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ شاخیں دو کلانی یافتہ غدد پر اس طرح تنی ہوئی تھیں جس طرح کہ سارنگی کے تار اس کی گھوڑی پر تنے ہوتے ہیں۔ اور اس لئے جارحہ میں شدید درد پایا جاتا تھا، اور تشنجی حرکات شروع ہو گئے تھے۔

اربی غدد کے برآر عروق لمفی غدد کے ایک سلسلہ میں سے گزرتے ہیں جو خارجی اور مشترک حرقفی عروق کے ممر کے ساتھ ساتھ پھیلا ہوتا ہے۔ ان میں سے تین غدد اربی رباط کے عین اوپر واقع ہوتے ہیں۔ غدد کے داخلی حرقفی گروہ (جس میں حوضی عروق لمف کی مسیلیت ہوتی ہے) کے برآر عروق اُس سلسلہ سے مل جاتے ہیں جو مشترک حرقفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قطنی غدد حرقفی گروہوں سے لمف وصول کرتے ہیں، اور دائیں اور بائیں قطنی تنوں کے ذریعہ سے اسے کیلوسی برکہ (cisterna chyli) کو بھیج دیتے ہیں۔

داء الفیل (eliphantiasis) جارحہ اسفل میں کسی دوسرے حصہ کی نسبت

زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اور اس سے جارحہ کی جسامت بے حد بڑھ جاتی ہے (کوچین اور بربدا کی ٹانگ)۔ اس کی امراضیات اربی عروق لمف سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہے۔ عروق لمف ایک چھوٹے سے سوتی کیڑے یعنی بن کرافٹ کے خیبطیہ (Filaria bancrofti) سے مسدود ہوجاتے ہیں۔ التصاقی بافت کے اندر کے لمفی عروق اور لمفی فضائیں ملتہب ہوکر بہت متسع ہوجاتی ہیں! ور اس بافت کے عناصر میں بیش پرورش واقع ہوجاتی ہے۔

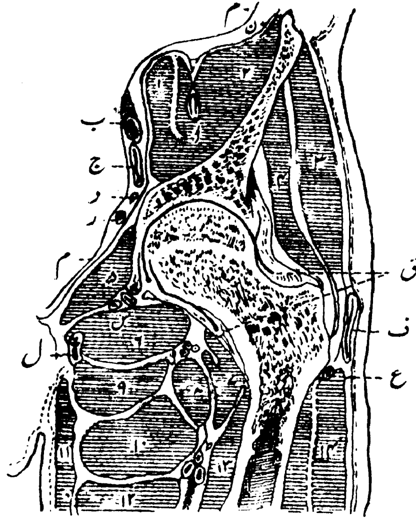
۳۔ کولے کا جوڑ

(HIP-JOINT)

کولے کا جوڑ بہت مضبوط ہوتا ہے، اور اس کی وجہ صرف یہی نہیں کہ مفصلی ہڈیوں کی شکل کی وجہ سے یہ ایک عمدہ کرودی کبی مفصل (ball-and-socket joint) بن گیا ہے، بلکہ یہ بھی ہے کہ ان ہڈیوں کو مضبوط رباط ملاتے ہیں، اور عضلی بند کیسہ کو بلا واسطہ سہارا دیتے ہیں۔ لیکن اس جوڑ کو جو رعائتیں حاصل ہیں ان کی تخفیف کسی حد تک اس بے حد بیرمی قوت کی وجہ سے جس کا اثر عظم فخذی پر ڈالا جاسکتا ہے، اور ان کثیر التعداد موچوں اور چوٹوں سے ہوجاتی ہے۔ جو اس جوڑ میں اس کے دھڑ اور ٹانگ کے درمیان واحد واسطۂ اتحاد ہونے کی حیثیت سے واقع ہوتی ہیں۔

573 **فنجان** (acetabulum) مفصلی اور غیر مفصلی حصوں پر منقسم ہے۔ قبل الذکر حصہ کی شکل گھوڑے کے نعل کی طرح کی ہوتی ہے، اور اس کا عرض ۱ اور ۱/۲ انچ کے درمیان ہوتا ہے۔ مفصلی رقبہ کے عین اوپر کی ہڈی بہت کثیف ہوتی ہے، اور دھڑ کا وزن اوپر سے اسی میں سے منتقل ہوتا ہے۔ غیر مفصلی حصہ اس رقبہ کا متناظر ہوتا ہے جو گھوڑے کے نعل سے محصور ہوتا ہے، اور بہت پتلی ہڈی سے بنا ہوتا ہے۔ گر اس میں کسی ایسی چوٹ سے جو فخذی کو حوضی ہڈیوں کے بالمقابل دھکیل دے شاذ و نادر ہی کسر واقع ہوتا ہے، کیونکہ ایسی کوئی معمولی قوت نہیں ہے جو ران کی ہڈی کے سر کو لا اسمی ہڈی کے اس قطعہ کے ساتھ ملا دے۔

حوضی خراجات بعض اوقات فنجان کے اس غیر مفصلی حصہ میں سے کولے کے جوڑ میں



شکل ۱۲۸ ۔ ران کے بالائی ایک نہائی حصہ کی انتصابی تراش جو ان ساختوں کو ظاہر کرتی ہے جو کولے کے جوڑ سے تعلق رکھتی ہیں ۔

(براآن : Braune کے مطابق)۔

عضلات ۔ ۱ ۔ خصریہ ۔ ۲ ۔ حرقفیہ ۔ ۳ ۔ الویہ وسطیہ ۔ ۴ ۔ الویہ صغیرہ ۔ ۵ ۔ عضلہ سادہ داخلہ ۔ ۶ ۔ عضلہ سادہ خارجہ ۔ ۷ ۔ حرقفیہ خصریہ ۔ ۸ ۔ مشطیہ ۔ ۹ ۔ مقربہ کبیرہ ۔ ۱۰ ۔ مقربہ قصیرہ ۔ ۱۱ ۔ عضلہ رشیقیہ ۔ ۱۲ ۔ مقربہ طویلہ ۔ ۱۳ ۔ عضلہ وسیعہ داخلہ ۔ ۱۴ ۔ عضلہ وسیعہ خارجہ ۔ ا ۔ مقدم ساقی عصب ۔ ب ۔ خارجی حرقفی شریان ۔ ج ۔ خارجی حرقفی ورید ۔ د ۔ عصب ساد ۔ ر ۔ شریان ساد ۔ س ۔ عروق ساد کی شاخیں جو کولے کے جوڑ کو جاتی ہیں ۔ ص ۔ داخلی منحن عروق ۔ ط ۔ عمیق فخذی عروق ۔ ع ۔ خارجی منحن کی شاخ ۔ ف ۔ عظیم طرو خا کے اوپر کی درجک ۔ ق ۔ کیسہ کے معکوسات فخذی کی گردن پر ۔ ک ۔ عظم عانی کی صعودی فرع ۔ ل ۔ باریطون ۔ م ۔ حرقفی ردا ۔

574 داخل ہوسکتے ہیں اور کولے کے جوڑ کے اندر کا خراج بھی اسی راستہ سے حوض میں پہنچ سکتا ہے
کولے کے جوڑ کے تباہ کن مرض کے بعض واقعات میں فنجان کے تینوں ترکیبی اجزا علیحدہ علیحدہ ہوجاتے ہیں۔ سن بلوغ تک یہ تینوں ہڈیاں وائی (Y) کی شکل کی غضروف سے ایک دوسری سے علیحدہ رہتی ہیں۔ اور سن بلوغ پر غضروف میں تعظم شروع ہوجاتا ہے، اور اٹھارویں سال پر فنجان ہڈی کا ایک مسلسل تودہ بن جاتی ہے۔ لہذا مرض سے فنجان کی شکست صرف اسی سال سے پہلے ممکن ہے۔

ہر قدرتی حرکت کی حد ان عضلات کی وسعت پذیری سے متعین ہوتی ہے جو کسی مفصل کو گھیرے ہوتے ہیں۔ کولے کے جوڑ پر اس امر کا مشاہدہ بآسانی کیا جاسکتا ہے، کیونکہ جب گھٹنا بسط کردگی کی حالت میں ہوتا ہے اور عضلات کا زہ (hamstring muscles) اس حالت میں تنیدہ ہوتے ہیں تو کولے کے جوڑ کی خم کردگی رباطات کے تنیدہ ہونے سے بہت پہلے محدود ہوجاتی ہے۔ رباطات صرف اسی وقت بروئے کار آتے ہیں جب جوڑ کی عضلی محافظت درہم برہم ہوجاتی ہے۔ کولے کے جوڑ کی خم کردگی جب کہ گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے نرم حصوں کے کنج ران کے ساتھ مل جانے سے محدود ہوجاتی ہے۔ اس کی بسط کردگی حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas)، فخذیہ مستقیمیہ (rectus femoris) اور حرقفی فخذی یا وائی (Y) نما رباط سے، اور اس کی تبعید عضلات کے مقرب تودہ اور عانی کیسی (pubo-capsular) رباط سے محدود رہتی ہے۔ خم کردہ جارحہ کی تقریب الوی نظام عضلی اور رباط مدلجہ (ligamentum teres) اور ورکی کیسی رباط سے محدود رہتی ہے۔ باہر کی طرف کی گردش کی مزاحمت عضلہ ناشرہ ردائیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris)، الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور الویہ صغیرہ (gluteus minimus) کے مقدم حصے اور حرقفی فخذی رباط کرتے ہیں۔ رباط مدلجہ (ligamentum teres) جو مضبوط رباط نہیں ہے ران کے خم کردگی اور اس کے
575 باہر کی طرف گھومنے سے تن جاتا ہے۔ مکمل خلع کے تمام واقعات میں یہ منشق ہوجاتا ہے۔
مگر جو ساختیں اس جوڑ کی صحت و سلامتی کو برقرار رکھنے میں زیادہ حصہ لیتی ہیں وہ رباطات نہیں بلکہ وہ مضبوط عضلات ہیں جو اس کو گھیرے ہوتے ہیں اور اس پر عمل کرتے ہیں۔

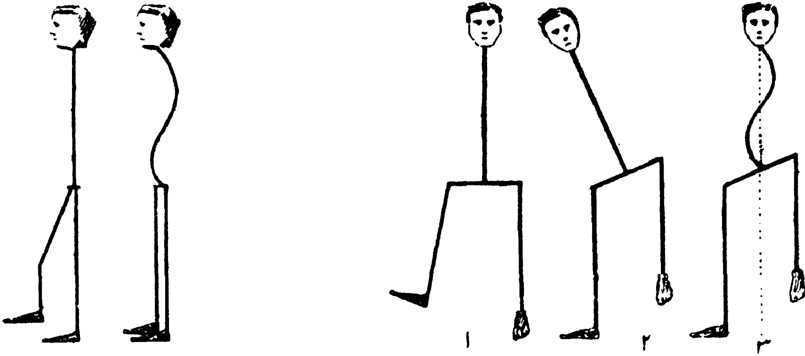
کرۂ ہوائی کے دباؤ کا کچھ اثر نہیں پڑتا، کیونکہ کولے کے جوڑ کی تمام طبعی حرکتوں میں فخذی کے سر کی حرکت سے اگر کوئی فضا خالی ہوتی ہے تو وہ مستعرض کٹاؤ پر کی چربی کے فنجان میں بآسانی کھچ آنے سے پُر ہوجاتی ہے۔ تمام جوڑوں میں چربی کی دب جانے والی گدیاں موجود ہوتی ہیں تاکہ وہ کرۂ ہوائی کے دباؤ کے تغیرات کو جوڑ کی حرکتوں میں مخل ہونے سے باز رکھیں۔

کولے کے جوڑ کا مرض (hip-joint disease)- یہ جوڑ گہرا واقع ہونے اور نرم حصوں کی ایک موٹی پوشش کی موجودگی سے (شکل ۱۲۸) ان شدید ضربات سے جن سے دوسرے جوڑوں میں حاد التہاب پیدا ہوجاتا ہے محفوظ رہتا ہے۔ زلابی التہاب (acute synovitis) کولے کے جوڑ میں درحقیقت بہت نادرالوقوع ہے۔ اور اس حصہ کا معمولی مرض اپنی نوعیت میں نمایاں طور پر مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں اس جوڑ کے گہرا واقع ہونے کا ایک نتیجہ یہ بھی ہے کہ جب مرض کے سلسلہ میں پیپ بنتی ہے تو اس میں محبوس رہتی ہے، اور مدت بعد سطح تک پہنچتی ہے۔ لہذا اس خطہ کا تقیح اکثر بہت تباہ کن ثابت ہوتا ہے۔ جب اس جوڑ میں انصباب واقع ہوجاتا ہے تو اس سے پیدا شدہ ورم ان حصوں پر ظاہر ہوتا ہے جہاں کولے کے جوڑ کا کیسہ باریک ترین ہے۔ کیسہ کے باریک ترین حصے سامنے کی اور پیچھے کی طرف ہوتے ہیں۔ سامنے کی طرف وائی (Y) کی شکل کے رباط کی اندرونی کور اور عانی کیسی رباط کے درمیان مثلث شکل کا ایک وقفہ ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف کیسہ کا موخر اور زیرین حصہ باریک ترین ہوتا ہے۔ کولے کے جوڑ میں انصباب پیدا ہونے کی حالت میں ورم انہی خطوں پر پہلے پہل ظاہر ہوتا ہے۔ اور چونکہ ان حصوں پر بآسانی دباؤ پڑ سکتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ یہ حصے ان مقامات کے تناظر ہیں جن پر الیمیت نمایاں ترین ہوتی ہے، اور سب سے پہلے شناخت کی جاتی ہے۔ لہذا ان دو کمزور فضاؤں پر ہی خراجات بنتے ہیں اور راستہ بنا کر کولے کے جوڑ کی سطح پر آتے ہیں۔

576 **کولے کے مزمن مرض** (chronic hip-disease) میں ماؤف جارحہ

بعض کاذب اوضاع اختیار کرلیتا ہے جن کے معنی سمجھنا ضروری ہیں۔ ان اوضاع کو مندرجہ ذیل طریقہ سے، جہاں تک ممکن ہو ان کی ترتیب ظہور کے لحاظ سے مرتب کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ران خم کردہ، مبعد اور ذراسی بروں گردہ ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ہی (۲) جارحہ میں ظاہری طوالت اور (۳) شوکر میں فطا (lordosis) پیدا ہوجاتا ہے (شکل ۱۳۰)۔ بعد ازاں (۴) ران مقرب اور دروں گردہ ہوجاتی ہے، اور اس کی وجہ سے جارحہ میں (۵) ظاہری قصر پیدا ہوجاتا ہے۔

(۱) پہلی وضع اردگرد کے عضلات کے لئے صرف آرام کی حالت ہے۔



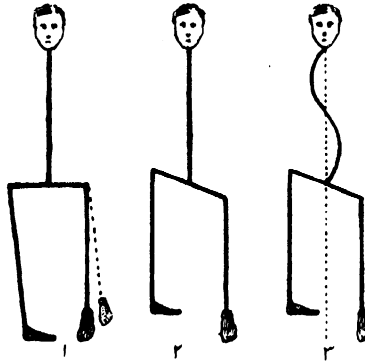
شکل ۱۳۰۔ دائیں کولہے کا مرض ابتدائی حالت میں۔ ۱۔تبعید۔ ۲۔پاؤں کو زمین پر لانے کے لئے حوض کا جھکنا۔ تندرست ٹانگ کی تقریب جوارح کو متوازی حالت میں رکھنے کے لئے۔ نتیجہ۔ ظاہری طوالت۔ ۳۔ التواجو جاذبہ کے محور کو پھر بین ساقی مستوی میں لانے کے لئے پیدا ہوتا ہے۔

شکل ۱۲۹۔ خم کردگی فطا سے پوشیدہ ہے۔

یہ وہ حالت ہے جس میں یہ جوڑ کی سطحوں پر کم از کم دباؤ ڈالتے ہیں۔ اس وضع میں خم کردگی

نمایاں ترین خاصہ ہوتا ہے۔ اس کا اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ یہ وائی (Y) کی شکل کے رباط کو ڈھیلا کردیتی ہے جو جارحہ کے سیدھا ہونے کی حالت میں جوڑ کی سامنے کی طرف کو عبور
577 کرتا ہوا مضبوط بندکی شکل میں تنا ہوتا ہے۔ عضلہ خصریہ (psoas muscle) کی چسپیدگیاں قریب ہو جاتی ہیں اور اس کا جو دباؤ جوڑ پر پڑتا ہے وہ خم کردگی کی حالت میں کم ہو جاتا ہے۔

(۲) ظاہری طوالت (apparent lengthening) حوض کے مرض زدہ جانب پر جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے جبکہ مریض اپنے جوارح اور دھڑ کو چت لیٹ کر



شکل ۱۳۱۔ دائیں کولے کے مرض کے متاخر مدارج۔

۱۔ تقریب۔ ۲۔ تندرست جانب کا جوارح کی متوازی حالت قائم رکھنے کے لئے جھکنا۔ ۳۔ التوا جو جاذبہ کے محور کو پھر بین ساقی مستوی میں لانے کے لئے پیدا ہوتا ہے۔

ایک خط مستقیم میں لانے کی کوشش کرتا ہے لیکن جب جارحہ کی مقدم فوقانی حرقفی شوکہ سے لیکر اندرونی کعبیہ تک فی الحقیقت پیمائش کی جاتی ہے تو جارحہ کے طول میں افزائش ثابت نہیں ہوتی۔ حوض کمزور جارحہ کی تبعد حالت کے لئے گنجائش نکالنے کی غرض سے مرض زدہ جانب پر نیچے کی طرف کو جھکا ہوتا ہے۔

(۳) فطا (lordosis) یا شوکہ کا تقدیمی انحنا ظہری قطنی خطہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا انحصار جارحہ کی خم کردگی پر ہوتا ہے، اور یہ اس کوشش کا نتیجہ ہوتا ہے جو کاذب وضع کو چھپانے یا کم از کم اس سے پیدا شدہ دقتوں کو اقل درجہ تک لانے کے لئے کی جاتی ہے (شکل ۱۲۹)۔ جب ران مرض کی وجہ سے کولے پر خم کردہ ہو جاتی ہے تو جارحہ اسفل کو شوکہ کے قطنی انحنا کے مقدم انحداب کو صرف زیادہ کرنے سے اس وضع میں رکھا جا سکتا ہے تاکہ وہ سیدھا دکھائی دے۔ ہمارے لئے یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ صلب کی شوکی حرکتوں اور کولے کے جوڑوں کی حرکتوں میں ایک باہمی تعلق موجود ہے اور عضلہ خصریہ ان دونوں پر عمل کرتا ہے۔ اگر کوئی تحدید کولے کے جوڑ پر موجود ہو تو اس کی تعویض ہم قطنی حرکت کو زیادہ کرنے سے کر سکتے ہیں! اور اس طرح وہ فطا (lordosis) پیدا ہو جاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ مریض کولے کے جوڑ کی خم کردگی (جو مرض سے پیدا ہوئی ہو) کے باوجود بستر پر اس طرح چت لیٹ سکتا ہے کہ اس کے دونوں جوارح بظاہر بالکل سیدھے دکھائی دیں۔ وہ خم کردگی کو شوکہ کا فطا (lordosis) پیدا کرنے سے چھپا لیتا ہے۔ مگر تھامس (Thomas) نے سب سے پہلے یہ ثابت کیا ہے کہ اگر تندرست ران کو پیٹ پر خمیدہ کرنے سے فطا (lordosis) رفع کر دیا جائے تو مرض زدہ جانب پر ران کی خم کردہ حالت فوراً ظاہر ہو جاتی ہے۔

(۴) جب مرض ترقی کرتا ہے تو ران زود یا بدیر مقرب اور دروں گردہ ہو جاتی ہے، اور پھر بھی خم کردہ ہی رہتی ہے۔ مفصلی سطحوں کی تباہی (بالخصوص فنجان کے پچھلے حصہ کی) سے اور کیسہ کے فسادِ تعضیہ اور اردگرد کے عضلی نظام کے متغیر فعل سے جزوی یا مکمل خلع پیدا ہو جاتا ہے جس سے فخذی کا سر اصلی فنجان کے محل کے پیچھے اور اس کے اوپر چلا جاتا ہے۔ اس حالت میں حقیقی قصر موجود ہوتا ہے۔

(۵) ظاہری قصر (apparent shortening) جو کسی متاخر درجہ پر ظاہر ہوتا ہے اُس حالت سے پیدا ہوتا ہے جو حوض کے جھکنے کی اُس حالت کے برعکس ہوتی ہے جو مرض کے ابتدائی درجہ میں موجود تھی جبکہ جارحہ حالت تبعید میں تھا۔ جس طریقہ سے حوض بعض اوقات اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے اور اس سے مقرب جارحہ کا ظاہری قصر

پیدا ہو جاتا ہے وہ شکل ۱۳۱ میں بخوبی ظاہر کیا گیا ہے بعض ایسے واقعات میں جن میں کولے کے دونوں جوڑوں کا مرض بیک وقت موجود ہوا اور ان کے علاج کی طرف بخوبی التفات نہ کیا گیا ہو دونوں رانیں حالت تقریب میں رہتی ہیں۔ جب مرض دونوں طرف موجود ہوتا ہے تو جوارح بلاشبہ معمولی ذرائع سے اپنی اپنی صحیح وضع پر آنے کے ناقابل ہوتے ہیں۔ اور اس لئے ایک جارحہ دوسرے کے آگے سے گزر جاتا ہے اور حرکت کا وہ عجیب طریقہ پیدا ہو جاتا ہے جو مُصَلّب الساقین (cross-legged progression) کے نام سے موسوم ہے۔

579 جب کولے کا مرض ہڈی میں شروع ہوتا ہے تو اس سے عام طور پر بس بالہ (metaphysis) یعنی وہ خطہ ماؤف ہوتا ہے جو بربالی خط کی دربالی جانب پر ہوتا ہے اور جو فخذی کے سر کو گردن سے متحد کرتا ہے۔ یہ خط تمام کا تمام اس جوڑ کے اندر ہوتا ہے (شکل ۱۲۸)۔ اور جس بربالہ سے سر بنتا ہے وہ بقیہ ہڈی سے اٹھارویں یا انیسویں سال کے قریب ملتا ہے۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ کولے کے جوڑ کے مرض کے مریض اکثر گھٹنے کے درد کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ درد بعید بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ مرض کے حقیقی محل سے توجہ منعطف کر دیتا ہے۔ اس درد بعید کا سمجھنا آسان ہے، کیونکہ ان دونوں جوڑوں کو حبل شوکی کے ایک ہی قطعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ کولے کے جوڑ میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی :femoral) کی شاخیں کیسہ کی مقدم جانب پر، اور (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے زیرین اور اندرونی حصہ پر، اور (۳) مجزی ضفیرہ اور نسائی عصب کی شاخیں جوڑ کے موخر حصہ پر داخل ہوتی ہیں۔ گھٹنے میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) کی شاخیں [جو اعصاب عضلات وسیعہ (vasti) کو جاتے ہیں] کیسہ کی مقدم جانب پر اور، (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے موخر حصہ پر، اور (۳) عظیم نسائی عصب کی داخلی اور خارجی مابضی قسمتوں کی شاخیں جوڑ کی جانبی اور عقبی طرفوں پر داخل ہوتی ہیں۔ لہذا جو درد گھٹنے کی سامنے کی طرف پر چپنی (patella) کی دونوں جانبوں پر محسوس ہوتا ہے وہ غالباً مقدم ساقی

عصب کے ذریعہ سے، اور جوڑ کی پچھلی طرف کا درد عصب ساد (obturator) اور نسائی (sciatic) اعصاب کے ذریعہ سے محول ہوتا ہے۔

فخذی کے بالائی سرے کے کسور مندرجۂ ذیل اقسام میں تقسیم کیے جا سکتے ہیں:۔ (۱) گردن کے وہ کسور جو تمام کے تمام کیسہ کے اندر واقع ہوں۔ (۲) گردن کے قاعدہ کے کسور جو تمام کے تمام کیسہ کے اندر نہ ہوں۔ (۳) گردن کے قاعدہ کے وہ کسور جن میں عظیم طروخا ماؤف ہو۔ (۴) بربالہ کی علیحدگی۔ بندوق کے زخموں کے علاوہ بلاواسطہ ضرب سے فخذی کی گردن کا توڑنا مشکل ہی سے ممکن ہے، کیونکہ یہ ہڈی گہری واقع ہوتی ہے اور اردگرد کے عضلات کی وجہ سے بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔ لہٰذا جس چوٹ سے یہ ضرر واقع ہوتا ہے وہ تقریباً ہمیشہ بالواسطہ ہوتی ہے، مثلاً پاؤں یا عظیم طروخا کے بل گرنے سے یا جارحہ اسفل کے دفعتہً مڑوڑے جانے سے۔ 580

(۱) صادق میان کیسی کسر (intracapsular fracture) سے جوڑ کے اندر گردن کا کوئی سا حصہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔ مگر یہ کسر سر اور گردن کے مقام اتصال پر نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۸ صفحہ 573)۔

یہ کسر بوڑھوں میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور ان میں یہ بہت خفیف سی چوٹ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں اس ضرر کے وقوع کے امکان کی توجیہ سہارا اور تقویت دینے والی ہڈیوں کے ذبول اور عضلات کے محافظ معکوسہ کی کمی سے ہوتی ہے۔ پیرانہ سالی میں فخذی کی گردن زیادہ مستعرض رخ اختیار کر لیتی ہے۔ جوانوں میں اس کی گردن پوری کے ساتھ ۱۴۰ درجہ کا زاویہ بناتی ہے، اور بوڑھوں میں یہ زاویہ کم ہو کر ۱۲۰ درجہ کا رہ جاتا ہے۔ اس لئے جب غلط قدم اٹھایا جاتا ہے تو اس میں کسر واقع ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔

یہ کسور شاذ و نادر ہی منغرز ہوتے ہیں۔ اگر جب انغراز واقع ہوتا ہے تو زیرین قطعہ جو نسبتاً چھوٹی اور ٹھوس گردن پر مشتمل ہوتا ہے زیادہ بڑے اور زیادہ شبکی قطعہ میں جو اس ہڈی کے سر سے بنا ہوتا ہے گھس جاتا ہے۔

یہ کسر بعض اوقات یا تو زیر گردِ عظمی ہوتا ہے اور یا فکر شدہ کیسہ کے معکوس حصوں کے

ذریعے سے جڑے رہتے ہیں۔ یہ معکوس ریشے اس ہڈی کی گردن کے ساتھ ساتھ کیسہ کی چسپیدگی سے لیکر جو فخذی پر ہوتی ہے سر کے بہت قریب تک چلے جاتے ہیں۔

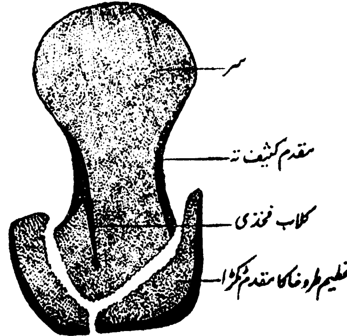
اس حصہ کے کسور اکثر متحد نہیں ہوتے کیونکہ جسم کے کسی حصہ کو بھی بے حرکت کرنا اتنا مشکل نہیں جتنا کہ فخذی کی چوٹی کو۔ اگر ٹکڑوں کو حالت سکون میں رکھنا مقصود ہو تو فخذی اور حوض دونوں کو ایک مثبت وضع میں ضرور باندھ دینا چاہیئے۔ اور ایسا صرف جوارح اسفل اور دھڑ کو بے حرکت کرنے ہی سے ہو سکتا ہے۔ فخذی کے سر تک خون ان عروق سے آتا ہے جو اس ہڈی کی گردن اور کیسہ کے معکوس حصوں میں ہوتے ہیں۔ مگر سن بلوغ میں رباط مدملجہ (ligamentum teres) کے ذریعہ سے خون کی صرف ایک

581 قلیل سی مقدار ہی پہنچتی ہے (والمسلے :Walmsley)۔ ٹکڑوں کی رسد خون کی کمی اکثر ان کے اتحاد کی ناکامیوں کی وجہ بیان کی جاتی ہے، مگر اس متنازعہ فیہ مسئلہ کی تائید کرنے کے لئے کوئی حقیقی شہادت موجود نہیں۔

(۲) جو کسور گردن کے قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں ان کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ فخذی کی گردن کا ایسا کسر جو بالکل بروں کیسی ہو تشریحی ناممکنات میں سے ہے۔ اور اگر کسر کیسہ کے بالکل باہر واقع ہو تو اس کا عظم فخذی کی پوری کے کچھ حصہ کو ماؤف کرنا ضروری ہے، اور یہ سب کا سب عنق میں سے واقع نہیں ہو سکتا۔ ہڈی کی سامنے کی طرف کیسہ فخذی سے میاں طروخائی خط پر چسپیدہ ہوتا ہے، اور عنق اور پوری کے درمیان کے خط اتصال کی ٹھیک ٹھیک متابعت کرتا ہے۔ پیچھے کی طرف کیسہ گردن پر موخر میاں طروخائی خط یا عرف سے تقریباً ½ انچ اوپر منتہی ہوتا ہے۔

جب گردن اور پوری کے مقام اتصال پر کے کسور منغرز ہو جاتے ہیں تو اوپر کا ٹکڑا جو ٹھوس اور نسبتاً چھوٹی گردن پر مشتمل ہوتا ہے عظیم طروخا اور پوری کے بالائی سرے پر کی شبکئی بافت میں گھس جاتا ہے (شکل ۱۳۲)۔ اس انغراز کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ طروخا بعض اوقات شق ہو جاتا ہے اور اس شکست کی وجہ سے دونوں ہڈیاں بازو آزاد ہو جاتی ہیں۔ عنقی ٹکڑے کا منغرز حصہ چھینے کی شکل کا ہوتا ہے جس کی دھار کلاب فخذی (calcar femorale) سے بنتی ہے (شکل ۱۳۲)۔

فخذی کی گردن کے کسر کے علامات کے سلسلہ میں مندرجہ ذیل امور مشاہدہ میں آتے ہیں۔ (ا) جارحہ کی مقدم جانب پر رباط اُربی کے عین نیچے جو ورم دیکھنے میں آتا ہے وہ یا تو جوڑ میں خون کے منصب ہونے، یا کیسہ کی مقدم جانب پر ٹکڑوں کے ابھر آنے سے پیدا ہوتا ہے۔ (ب) قصر عضلات الویہ (glutei)، عضلات کاذہ (hamstrings)، عضلہ ناشرہ ردائیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris)، عضلہ مستقیمہ (rectus) عضلہ خیاطیہ (sartorius)، اور عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas)، مقربات (adductors) عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلہ مشطیہ (pectineus) کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے۔ 582



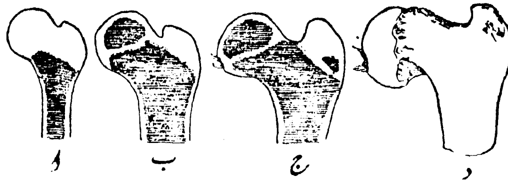
شکل ۱۳۲ ۔ کلاب فخذی اور اس کے تعلقات عظم فخذی کی گردن کے منغرز کسور کے ساتھ۔ (ارلیف تھامپسن :Ralph Thompson)۔

(ج) جارحہ کی بروں گردی یا باہر کی طرف کی گردش زیادہ تر دو اسباب سے پیدا ہوتی ہے۔ (۱) جارحہ کے وزن سے جو اس کو باہر کی طرف کو گھما دیتا ہے جیسا کہ بے ہوش یا سوئے ہوئے اشخاص میں دیکھنے میں آتا ہے۔ اور اس کی وجہ یہ ہے کہ خطِ جاذبہ ران کے بیرونی حصہ میں سے گزرتا ہے۔ (۲) اس امر کی وجہ سے کہ گردن کی موخر جانب کی بستہ بافت مقدم جانب کی نسبت بہت زیادہ پھوکک ہوتی ہے۔ چنانچہ عنق میں جو کسر پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے

وہ سامنے کے کسر کی نسبت اکثر زیادہ وسیع ہوتا ہے، یا کسر بعض اوقات پیچھے کی طرف منغرز ہوتا ہے مگر آگے کی طرف منغرز نہیں ہوتا؛ اور جارحہ کا رجحان ہر حالت میں بروں گردہ ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ تیسرا سبب حرقفیہ قصریہ (ilio-psoas)، مقربہ (adductor)، مشطیہ (pectineus) اور چھوٹے گردانندہ عضلات کا فعل بیان کیا جا سکتا ہے۔ ان سب عضلات کا رجحان فخذی کو باہر کی طرف کو گھمانے کی طرف ہوتا ہے۔

(۳) گردن کے قاعدہ کے کسور جن میں عظیم طروخا شامل ہوتا ہے۔ اس ضرر میں سر، گردن، اور طروخا کا بہت سا حصہ پوری اور بقیہ طروخا سے علٰحدہ ہو جاتا ہے۔

583 **(۴) بربالوں کی علٰحدگی**۔ فخذی کے بالائی حصہ میں تین بربالے ہوتے ہیں

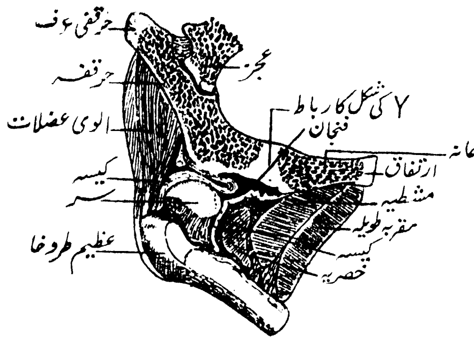


شکل ۱۳۲ فخذی کے بالائی سرے کے تعظم اور فدع النوص کی حالت کو ظاہر کرتی ہے (السلی Elmslie کے مطابق)۔

ا ۔ بالائی سرا پیدائش پر۔
ب ۔ " دوسرے سال پر۔
ج ۔ " چوتھے سال پر۔
د ۔ " اس فخذی کا جو فدع النوص کے مریض سے حاصل کی گئی تھی۔

ایک سر کے لئے جو ۱۸ اور ۱۹ سال کی عمر کے درمیان مل جاتا ہے۔ ایک صغیر طروخا کے لئے جو ۱۷ سال کی عمر کے قریب متحد ہوتا ہے۔ اور ایک عظیم طروخا کے لئے جو تقریباً ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گردن پوری کے تعظم کی توسیع سے بنتی ہے (شکل ۱۳۲)۔ سر کا بربالہ

کلاہ نما ہونے، اور اپنے بربالی خط کے فخذی کے محور سے مستعرضاً مرتب ہونے، اور نیز اپنے دروں کیسی محل کی وجہ سے علیحدہ ہونے سے محفوظ رہتا ہے۔ مگر اس بربالہ میں ایک عجیب قسم کا خلع واقع ہوتا ہے جس سے ضربی فدع النوض (coxa vera) پیدا ہوجاتا ہے۔ بربالہ بتدریج نیچے کی طرف کو جھک جاتا ہے جس سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ فخذی کی گردن جسم کے وزن سے جھکی جارہی ہے اور پوری سے ۹۰ درجہ کا زاویہ بنانے لگی ہے! ایسا نوعمر جوانوں میں ہوتا ہے۔ طروخا کے ارتفاع اور جارحہ کے قصر سے جو اس کا لازمی نتیجہ ہوتا ہے یہ حالت غلطی سے فخذی کی گردن کا کسر یا کولے کے جوڑ کا خلع تصور کی جاسکتی ہے۔ شللی حالتوں میں اس کے 584



شکل ۱۲۴۔ کولے کا خلقی خلع۔
یہ شکل ایک نمونہ کی ہے جو لنڈن ہاسپٹل میڈیکل کالج میوزئیم کے لئے مسٹر اوپن شا (Mr. Openshaw) نے پیش کیا تھا۔ یہ چارسال کے ایک بچہ سے حاصل کیا گیا تھا۔

برعکس حالت رَوَح النوض (coxa valga) پیدا ہوجاتی ہے۔ گردن کا زاویہ ۱۴۵ درجہ یا اِس سے زائد ہوتا ہے۔ عظیم طروخا بعض اوقات علیحدہ ہوجاتا ہے۔ سر اور عظیم طروخا کے بربالی خطوط گردن کے تعظم ہونے تک مسلسل ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۳۳)۔
کولے کے خلوع (dislocations of the hip)۔ یہ ضرات اس مفصل کے

بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے نسبتاً نادرالوقوع ہیں۔ اور جب یہ تندرست جوڑ میں واقع ہوتے ہیں تو یہ ہمیشہ بہت سخت چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ کولے کے جوڑ کا خلع بعض اوقات خلقی ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلی کوششوں سے از خود پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض نادرالوقوع حالتوں میں دیکھنے میں آتا ہے، یا یہ مفصل کے مرض کا نتیجہ بھی ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ کا خلقی خلع (congenital dislocation) اکثر مثالوں میں فنجان کے نمو کے ناقص رہنے سے پیدا ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں میں فنجان اتھلی رہتی ہے جیسا کہ جنینی زندگی کے دوسرے مہینے میں دیکھنے میں آتی ہے۔ فنجانی گھیرے کی بروں بالیدگی خاصکر حرقفی حصہ میں واقع نہیں ہوتی۔ فنجانی کہفہ کیسہ کے (جو بے حد ڈھیلا ہوتا ہے) دہراؤ سے پُر ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۴)۔ رباط مستدیر یا تو عدیم الحالہ ہوتا ہے اور یا ناقص النمو ہوتا ہے۔ فخذی کا سر چپٹا ہو جاتا ہے اور گردن چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اور جب بچہ چلنا سیکھتا ہے

585 تو یہ ہڈی ظہر الحرقفہ (dorsum ilii) پر پیچھے کی طرف کو پھسل جاتی ہے۔ جسم کا وزن کولے کے جوڑ کے ارد گرد کے عضلات اور رباطات برداشت کرتے ہیں، اور مریض کی رفتار بطخ کی چال کے مشابہ ہوتی ہے۔ اگر سر کو اپنی جگہ پر واپس پہنچا دیا جائے تو یہ اتھلے کہفہ سے پھر پھسل جاتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد حرقفہ کی عظمی زائدی (osteophytic) بروں بالیدگیوں سے جدید کہفہ طیار ہو جاتا ہے۔ یہ بدشکلی لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں تقریباً نو گن کثرت سے واقع ہوتی ہیں (فیئر بینکس :Fairbanks)۔

تشدد سے پیدا شدہ خلوع میں ہڈی کا سر چار سمتوں میں سے کسی ایک سمت میں ٹل جاتا ہے۔ اور اس سے چار باقاعدہ خلوع پیدا ہوتے ہیں۔ دو میں فخذی کا سر اس خط کے جو فنجان میں سے عموداً کھینچا جائے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور دوسرے دو میں یہ اس خط سے آگے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۳۵-۱۳۶ اور ۱۳۷)۔

۱۔ **ظہر الحرقفہ** (dorsum ilii) پر کے خلع میں سر پیچھے کی اور اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور حرقفہ پر فنجان کے عین اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔ عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) پھٹ جاتا ہے۔

۲۔ **نسائی کٹاؤ** (sciatic notch) کے اندر کے خلع میں سر پیچھے کی طرف

نادریدہ عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے نیچے چلا جاتا ہے، اور عظم ورکی پر عام طور پر ورکی شوکہ کے لیول کے قریب قریب متمکن ہو جاتا ہے۔

۳۔سادی یا درقی خلع میں (obturator or thyroid dislocation)

یہ آگے کی اور نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور درقی سوراخ پر متمکن ہو جاتا ہے۔

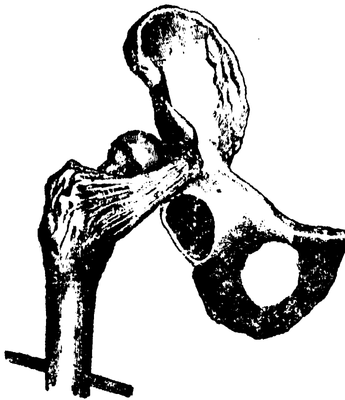
۴۔عظم عانی پر جو خلع واقع ہوتا ہے اس میں سر آگے کی اور اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے، اور عظم عانی کے جسم پر اس کے اور عظم حرقفی کے مقام اتصال کے قریب واقع ہوتا ہے۔

ان خلوع کی کثرت وقوع کی ترتیب سرسری طور پر (۱) ۵۰ فی صدی، (۲) ۲۵ فیصدی، (۳) ۱۵ فیصدی، (۴) ۱۰ فیصدی ہے۔

عمومی امور۔کولے کے ان تمام باقاعدہ خلوع میں (ا) خلع اس وقت واقع ہوتا ہے جبکہ جارحہ حالت تبعید میں ہو۔ (ب) کیسہ کا انشقاق ہمیشہ موخر اور زیرین حصہ پر ہوتا ہے۔ (ج) ہڈی کا سر پہلے ہمیشہ کم و بیش براہ راست نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ (د) وائی (Y) کی شکل کا رباط نادریدہ رہتا ہے اور رباطِ مُدَلجم (ligamentum 586 teres) منشق ہو جاتا ہے۔

(ی) یہ کہا جاتا ہے کہ کولے کے تمام خلوع میں حادثہ کے وقت حوض اور عظم فخذ موخرالذکر کی تبعید کی باہمی وضع میں ہوتے ہیں۔ فنجان کا زیرین اور اندرونی حصہ بہت اتھلا ہوتا ہے۔ اور کیسہ کا زیرین اور موخر حصہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ حالت تبعید میں ہڈی کا سر فنجان کے انچلے حصہ میں آجاتا ہے، اور اس کا نصف سے زیادہ حصہ اس کہفہ سے باہر نکل جاتا ہے۔ اور کیسہ کا صرف باریک اور کمزور حصہ ہی اس کو سہارا دیتا ہے۔ اور سمت تبعید میں اس کی آئندہ ترقی صرف عانی کیسی رباط ہی سے محدود ہوتی ہے جو کسی قدر کمزور رباط ہے۔ تبعید میں رباط مستدیر ڈھیلا ہوتا ہے، اور تبعید معہ خم کردگی میں وائی (Y) نما اور ورکی کیسی رباطات بھی ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ اس لئے حالت تبعید میں ہڈی کے سر کو کیسہ کے زیرین اور موخر حصہ میں سے باہر نکالنے اور اسے نیچے کی طرف لے آنے کے لئے زیادہ قوت درکار نہیں ہوتی۔

(ب) مذکورۂ بالا امر کو صحیح تسلیم کرنے سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ کیسہ کا انشقاق ہمیشہ اس کے موخرا اور زیریں حصہ میں واقع ہوتا ہے۔" اس انشقاق کے کنارے بالعموم پھٹے ہوئے ہوتے ہیں، اور یہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ مگر یہ کم و بیش براہ راست فنجان کے اتھلے گھیرے کے قریب سے شروع ہو کر کیسہ کے تپلے حصہ میں سے گزر کر عظم فخذی کے صغیر طرو خا کے قریب تک جاتا ہوا، اور یہاں سے اس رباط کی پچھلی طرف کے ساتھ ساتھ اس مقام کے نزدیک پہنچا ہوا پایا جائے گا جہاں یہ رباط اس ہڈی کی گردن سے چسپیدہ ہوتا ہے" 587
(سر ہنری موریس :Sir Henry Morris)۔



شکل ۱۲۵۔ ظہر الحرقفہ پر کا خلع۔
(بگلو Bigelow)۔

(ج) اگر جارحہ کی اس وضع کا خیال رکھا جائے جو وقوع حادثہ پر ہوتی ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ عظم فخذی ہر ایک حالت میں نیچے کی طرف کو ٹلیگی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ جوڑ کا صرف ایک ہی ابتدائی خلع ہے — اور وہ نیچے کی طرف کا ہے۔ اور مذکورۂ بالا چاروں قسمیں ثانوی ہیں۔ ان میں سے ہر ایک قسم میں ہڈی دوسرے متذکرہ اوضاع اختیار کرنے سے پہلے نیچے کی طرف کو جاتی ہے۔

(د) حرقفی فخذی رباط کسی باقاعدہ خلع میں کبھی منشق نہیں ہوتا۔ یہ بہت کثیف ہونے اور خلع کے وقت شائد کم و بیش ڈھیلا رہنے کی وجہ سے بچا رہتا ہے۔ دست ورزی سے ان خلوع کی کامیابی سے ترجیع کرنے کے طریقہ کا انحصار زیادہ تر حرقفی فخذی یا وائی نما رباط (Y-ligament) کے سالم رہنے پر ہوتا ہے جو اس بیرم کے لئے جس کا طویل بازو فخذی کی پوری اور قصیر بازو اس کی گردن ہوتا ہے نصاب (fulcrum) کا کام دیتا ہے۔ خلفی خلوع میں سر وائی نما رباط کے پیچھے اور مقدم خلوع میں اس کے سامنے ہوتا ہے۔ (۷)

کولے کے خلع کی ہر ایک قسم کی تشریح۔ ۱ و ۲۔ خلفی خلع (dislocation

(backwards) (شکل ۱۳۵)۔ عظم فخذی کا سر جب مذکورہ بالا طریقہ سے ٹل جاتا ہے تو ابتدائی لیاقت اور عضلات الویہ (glutei)، عضلات کاذہ (hamstrings) اور عضلات مقربہ (adductors) اس کو ظہریا نسائی کٹاؤ کی طرف لے جاتے ہیں۔ ہڈی اپنا عمومی رخ پیچھے کی طرف کو اختیار کرنے کے بعد جس بلندی تک پہنچتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر خلع پیدا کرنے والی قوت اور نیز کیسہ کے انشقاق کی وسعت اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) اور دوسرے خارجی گردانندہ عضلات کے اوتار کی دریدگی پر ہوتا ہے۔ لہذا ظہری خلع نسائی خلع کا ایک زیادہ ترقی یافتہ درجہ ہے۔ حادثہ کے وقت خم کردگی اور اندرونی گردش جتنی انتہائی ہوگی اتنا ہی خلع کے نسائی ہونے کا زیادہ امکان ہوگا۔ زیادہ 588

متوسط خم کردگی اور اندرونی گردش سے ظہر پر کا خلع پیدا ہوتا ہے۔ ظہری خلع میں سر عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے وتر کے اوپر ہوتا ہے اور نسائی میں یہ اس کے نیچے ہوتا ہے (بگلو Bigelow)۔ ان خلفی خلوع میں عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas) بہت تنیدہ ہوجاتا ہے۔ عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris) عضلات سادہ (obturators)، عضلات توامیہ (gemelli) اور عضلہ کمثریہ (pyriformis) کم و بیش دریدہ ہوجاتے ہیں۔ عضلہ مشطیہ (pectineus) اکثر دریدہ ہوجاتا ہے۔ اور عضلات الویہ بھی کسی قدر منشق ہوجاتے ہیں۔ نسائی عصب (sciatic nerve) بعض اوقات

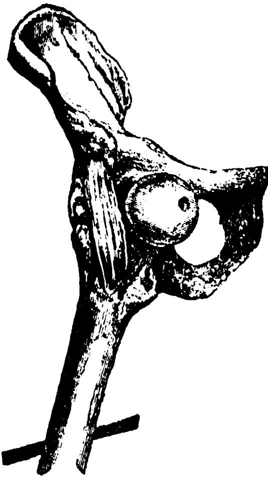


شکل ۱۳۶۔ سادیا درقی خلع۔ (بگلو Bigelow)۔

فخذی کی گردن اور گردانندہ عضلات کے درمیان یا اس ہڈی کے سر اور حدیبۂ ورکی کے درمیان مضغوط ہوجاتا ہے۔ دونوں خلفی خلوع میں قصر اس لئے پیدا ہوجاتا ہے کہ اس ہڈی کے اوپر کی اور پیچھے کی طرف ٹل جانے سے مقدم فوقانی شوکہ اور فخذی قنالوں کے

درمیان کا فاصلہ کم ہو جاتا ہے۔ تقریب اور دروں گردیدگی کا زیادہ تر انحصار سر اور گردن کی وضع پر ہوتا ہے جن کا اس ہڈی کے تتوی کی متابعت کرنا جس پر کہ یہ واقع ہوتے ہیں لازمی ہوتا ہے۔ یہ وضع تنیدہ وائی (Y) نما رباط سے برقرار رہتی ہے۔ جو نقصان بڑے بڑے بروں گردانندہ عضلات کو پہنچ جاتا ہے اس سے یہ بھی مزاحمت کرنے سے معذور ہو جاتے ہیں۔ خم کردگی وائی (Y) نما رباط اور عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas) کی تنیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔

۳۰۴۔ مقدم خلع۔ اگر سر فنجان میں سے نکلنے کے بعد اس وقب (socket) کی اندرونی کور کے ساتھ ساتھ ذرا آگے کی طرف کو چلا جائے تو درقی (thyroid) خلع پیدا 589 ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۶)۔ اور اگر یہ اور آگے بڑھ جائے اور اوپر کی طرف کو چلا جائے تو اس کا نتیجہ عانی تحت وضعیہ ہوتی ہے (شکل ۱۳۷)۔ اس لئے موخر الذکر خلع قبل الذکر کی صرف ایک ترقی یافتہ حالت ہی ہے۔ اس امر کا انحصار کہ آیا سر درقی سوراخ میں رہے گا یا عظم عانی پر چڑھ جائے گا بسط کردگی اور بیرونی گردش کے غیر وضعیت کے ساتھ موجود ہونے پر ہے۔ اگر یہ حالتیں موجود ہوں تو عانی قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ ان ضررات میں عضلہ مشطیہ (pectineus) عضلہ رشیقیہ (gracilis) اور عضلات مقربہ (adductors) کم و بیش درید ہو جاتے ہیں اور عضلات کمثریہ (pyriform muscles) بہت تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ عصب ساد بعض اوقات تنیدہ یا دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور عانی خلع میں مقدم ساقی (anterior crural) عصب بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ ان خلوع میں جارحہ کی جو تبعید اور بروں گردیدگی دیکھنے میں آتی ہے اس کا انحصار کسی حد تک سر [جو وائی (Y) نما



شکل ۱۳۷۔ عظیم عانی کے اوپر کا خلع۔
(بگلو: Bigelow)۔

رباط سے مثبت ہوتا ہے] کی وضع پر اور کسی حد تک الوی عضلات اور بعض چھوٹے خارجی بروں گردانندہ عضلات کے فعل پر ہوتا ہے جو مضبوطی سے تنیدہ ہوتے ہیں۔ جارحہ کی خم کردگی زیادہ تر عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas) کی تنیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ درقی خلع میں جارحہ کے طول میں اضافہ ہوجاتا ہے، مگر یہ طوالت صرف ظاہری ہوتی ہے اور حوض کے ماؤف جانب کی طرف جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ عانی خلع میں قصر واقع ہوجاتا ہے، کیونکہ سر فنجان کے لیول سے اوپر چلا جاتا ہے۔ 590

دست ورزی سے ان خلوع کی ترجیع کرنے کے طریقوں کے متعلق یہاں کچھ نہیں کہا جاسکتا۔ لیکن معمولی دستور العمل کا مختصر سا خلاصہ دیا جاسکتا ہے۔

اول۔ خلع ۱ و ۲ میں ران کی مقرب حالت میں خم کردگی کی جائے۔
خلع ۳ و ۴ میں ران کی مبعد حالت میں خم کردگی کی جائے۔
} تاکہ حرقفی فخذی رباط یا وائی (Y) نما رباط ڈھیلا ہوجائے۔

دوم۔ ۱ و ۲ میں باہر کی طرف کو چکر دیا جائے۔
۳ و ۴ میں اندر کی طرف کو چکر دیا جائے۔
} تاکہ سر اسی راستہ سے جس سے یہ باہر گیا ہے کیسہ کے انشقاق میں واپس لایا جاسکے۔

سوم۔ تمام حالتوں میں بسط کردگی کی جائے۔ تاکہ سر کو فنجان میں از سر نو داخل کر دیا جائے۔

کولے کے خلوع کی ترجیع کرتے وقت یہ معلوم ہوجائے گا کہ عظم فخذی کے اندرونی قندال کا منہ تقریباً اسی طرف کو ہوتا ہے جس طرف کو اس کے سر کا رخ ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ پر ران کا بتر کرنے کے لئے بہت سے طریقوں کا استعمال کیا جاسکتا ہے، مگر اتفاق رائے اس امر پر ہے کہ عملیہ کو اس طرح ترتیب دینا مناسب ہے کہ ابتدائی شگاف ہی میں فخذی عروق محفوظ کئے جاسکیں۔ ریکٹ نما شگاف سے جوڑ کو علیحدہ کرنے میں شگاف کا وہ حصہ جو دستہ کو ظاہر کرتا ہے فخذی شریان کے اوپر کے ۲ انچ پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اربی رباط سے شروع کیا جاتا ہے، اور اہلیلجی حصہ عانی شوکہ کے ۴ انچ نیچے سے لیکر جارحہ کی اندر کی طرف کے گرد سے لاکر عظیم طروخا کے نیچے بیرونی جانب پر پہنچا دیا جاتا ہے۔ فخذی شریان کے سطحی نشانات صفحہ 566 پر دئے گئے ہیں۔ عمیق فخذی شریان اور اس کی منحنی 591

(circumflex) شاخوں کا مبدا اربی رباط سے تقریباً ½۱ انچ نیچے واقع ہوتا ہے لیکن یہ اکثر اس سے ½ انچ اوپر یا نیچے ہوتا ہے۔ مشترک فخذی (common femoral) کولے کے جوڑ سے عضلہ خصریہ کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ فخذی عصب اس کی اندرونی جانب کے قریب اور مقدم ساقی (anterior crural) عصب اس کے باہر کی جانب پر اس سے ½ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۸ صفحہ 573)۔ نسائی (sciatic) اور ساد (obturator) شریانیں بھی ران میں داخل ہوتی ہیں اور ان کو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جو اعصاب کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجۂ ذیل ہیں:۔ خارجی، وسطی اور داخلی جلدی، مقدم ساقی کی داخلی صافنی اور عمیق عضلی شاخیں، عصب ساد اور عظیم اور صغیر نسائی اعصاب۔ اور جو عضلات کاٹے جاتے ہیں وہ یہ ہیں:۔ عضلہ خیاطیہ (sartorius)، عضلہ باسطہ ساقیہ مربعہ (quadriceps extensor cruris)، مقربہ کبیرہ اور طویلہ، عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلات کاذہ (hamstrings)۔ اس جوڑ کا کیسہ کاٹ دیا جاتا ہے اور فخذی کا سر وقب (socket) میں سے باہر کھینچ کر رباط ملجہ (ligamentum teres) کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ مندرجہ ذیل ساختوں کی چسپیدگیوں کو فخذی کے بالائی ایک تہائی حصہ سے علیحدہ کرنا ضروری ہوتا ہے:۔ عضلات الویہ کبیرہ (gluteus maximus)، وسطیہ (medius)، و صغیرہ (minimus)، عضلہ کمثریہ (pyriformis)، عضلات توامیہ (gemelli)، عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) و خارجہ (externus) عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris)، عضلات مقربہ کبیرہ (adductor magnus) و قصیرہ (brevis)، عضلہ مشطیہ (pectineus)، عضلہ خصریہ (psoas)، عضلہ حرقفیہ (iliacus) معہ کیسی رباط کے۔ اگر یہ عملیہ خبیث مرض کے لئے کیا جائے تو ان جملہ عضلات کو ان کے مبادی کے قریب سے جو حوض پر ہوتے ہیں کاٹنا چاہئے اور تقریباً سالم نکال دینا چاہئے۔

باب بست و سوم 592

ران

(THIGH)

ران کی اصطلاح کے تحت جارحہ اسفل کے اس حصہ کا بیان کرنا موزوں ہوگا جو مذکورہ سابقہ حصوں اور گھٹنے اور مابضی (popliteal) فضا کے خطوں کے درمیان ہوتا ہے۔

سطحی تشریح۔ عضیل اشخاص میں ران کا خاکہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ لیکن جن اشخاص کے عضلات کم نمو یافتہ ہوں اور ران میں زیر جلدی چربی کافی مقدار میں موجود ہو ان میں جارحہ کا یہ حصہ کم و بیش یکساں طور پر مستدیر ہوتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کا فراز ران کی مقدم جانب پر خاصکر جب کہ یہ عضلہ اپنا فعل کر رہا ہو دکھائی دیتا ہے۔ اس ساخت کی اندرونی جانب پر وہ فراز ہوتا ہے جو عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) (وسطیہ :medialis) سے بنتا ہے اور یہ ران کے زیرین نصف پر نمایاں ہوتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کی بیرونی جانب پر کا تودہ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) (جانبیہ :lateralis) سے بنا ہوتا ہے۔ اور جارحہ کے اس خطہ کے زیادہ تر حصہ میں واقع ہوتا ہے، مگر نیچے جاکر یہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔

ران کی مقدم اور اندرونی جانب پر ایک نشیب فخذی مثلث (Scarpa's triangle) سے لیکر نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے جو عضلہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) اور مقربات (adductors) کے درمیان کے وقفہ کو ظاہر کرتا ہے۔ اس میزاب کے ساتھ ساتھ

عضلہ خیاطیہ (sartorius) واقع ہوتا ہے۔ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus)
593 کی سطح پر ایک طولانی نشیب اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جو رباط عریض (fascia lata) کے
بر نہادہ حرقفی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کا دباؤ پڑنے سے بنتا ہے۔ عضلات کاذہ
(hamstrings) مأبضی فضا سے اوپر ایک دوسرے سے تمیز نہیں کئے جا سکتے۔ اور نہ مقربات
ہی سے ان کی علیحدگی شناخت کی جاتی ہے، مگر عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus)
سے ان کی علیحدگی نمایاں ہوتی ہے۔ اور یہ خارجی بین عضلی فاصل (external
intermuscular septum) کی متناظر ہوتی ہے۔ فخذی عروق کے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا
ہے (صفحہ 566)۔ طویل صافنی (long saphenous) ورید ران میں عضلہ خیاطیہ
(sartorius) کے ممر کی متابعت کرتی ہے۔ اور سطح پر یہ اس خط سے ظاہر کی جا سکتی ہے
جو صافنی فتحہ (صفحہ 566) سے لیکر عضلہ خیاطیہ کے موخر کنارہ تک عظم فخذی کے
اندرونی (وسطانی) قندال کے لیول پر کھینچا جائے۔ طویل صافنی عصب (long
saphenous nerve) فخذی شریان کے ممر کی متابعت کرتا ہے۔ پہلے یہ اس عرق کے
باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور پھر اس کو بتدریج عبور کر جاتا ہے۔ ران کے زیرین ایک
چوتھائی حصہ میں یہ عصب عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے نیچے گھٹنے کی اندرونی جانب کی طرف
کو چلا جاتا ہے۔ اور تفمی شریان (anastomotic artery) کی سطحی (صافنی: saphenous)
شاخ اس کی رفیق ہوتی ہے۔ اگر جارحہ کی پچھلی جانب پر عظیم طروخا اور حدبیہ ورکی
(tuber ischii) کے درمیانی فاصلہ کے نقطۂ وسطی سے لیکر گھٹنے کی پچھلی طرف کے وسط تک
ایک خط کھینچا جائے تو وہ عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) اور اس کے
تسلسلات میں سے ایک یعنی داخلی مأبضی (internal popliteal) یا قصبیتی (tibial) کا
متناظر ہوگا۔ یہ عظیم نسا عام طور پر ران کے وسط سے ذرا نیچے دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔

ران کی جلد باہر کی جانب پر موٹی ہوتی ہے مگر اندر کی طرف یہ باریک اور نازک
ہوتی ہے۔ اور اس لئے ٹیرشن کے جلدی پیوندوں (Thiersch's skin-grafts) کے
حاصل کرنے کے لئے بہت موزوں ہوتی ہے۔ یہاں یہ خراب طریقہ سے پٹیاں باندھنے اور
جبیرے لگانے سے بآسانی تسلخ ہو جاتی ہے۔ ماتحت حصوں سے یہ صرف ڈھیلی چسپیدہ

ہوتی ہے، اور یہ ایک ایسی حالت ہے جو اس خط پر کے مدور بتور کی سرانجام دہی میں بہت سہولت پیدا کرتی ہے۔ بہرکیف ایک جگہ پر یہ ذرا زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے یعنی اس میزاب پر جو عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلات کانزہ (hamstrings) سے علیحدہ کرتا ہے اور جو بیرونی بین عضلی فاصل کا متناظر ہوتا ہے۔ زیر جلدی بافت کا ڈھیلا پن جلد کے نیچے وسیع وعابدریوں کے واقع ہونے کی تائید کرتا ہے! اور اسی کی وجہ سے جارحہ کے اس حصہ کے ضربات میں جلد کے بڑے بڑے دامن پھٹ جاتے ہیں۔

ردائے عریض (fascia lata) جارحہ کو چست آستین کی طرح محصور کرتی ہے 594
اس کا بیرونی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور یہاں اس سے کثیف حرقفی قصبیتی (ilio-tibial) بند بنتا ہے۔ ران کی بالائی اور اندرونی سطوح پر جہاں یہ عضلات مقربہ کو پوشیدہ کرتی ہے یہ باریک ترین ہوتی ہے۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب کے قریب پہنچنے پر اس میں معتد بہ طاقت آجاتی ہے اور قصبیہ (tibia) اور چپنی (patella) کے حاشیوں سے چسپیدہ ہوجاتی ہے۔ یہ ردا خاصکر اپنے بیرونی حصہ پر سلعات اور خراجات کی بالیدگی کو مزاحم آتی ہے، اور خون کی عمیق وعابدریوں کو محدود کرتی ہے۔ اس کا کچھ حصہ چوٹ سے گاہے گاہے منشق ہوجاتا ہے اور دریدگی میں سے ماتحت عضلہ ابھر آتا ہے جس سے عضلہ کا فتق بنجاتا ہے۔ یہ حالت عضلہ ذوالاربعۃ الرؤس (quadriceps) اور مقربہ طویلہ (adductor longus) میں پائی جاچکی ہے۔ ایسے "فتوق" میں متاثر عضلات کے ریشوں میں کسیقدر انشقاق بھی پایا جاتا ہے۔ اس ردا کے دو گہرے زائدے فخذی سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے بیرونی اور اندرونی بین عضلی فواصل (intermuscular septa) بنتے ہیں۔ بیرونی فاصل عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلہ ذوراسین (biceps) سے، اور اندرونی فاصل عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کو عضلات مقربہ سے علیحدہ کرتا ہے۔ یہ فواصل ردائے عریض کے ساتھ مل کر ران کو دو صفاقی فضاؤں میں تقسیم کردیتے ہیں جو جارحہ کی مستعرض تراش میں ظاہر کیجا سکتی ہیں (شکل ۱۳۸)۔ لیکن ان قسمتوں کی کوئی جراحی اہمیت نہیں اور اندرونی فاصل اکثر اتنا باریک اور کمزور ہوتا ہے کہ خراج کے رخ پر اثرانداز نہیں ہوسکتا۔

ران کے مدور بتور میں عضلات میں یکساں طور پر بازکشیدگی واقع نہیں ہوتی کیونکہ بعض عضلات فخذی کی پوری سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور بعض آزاد ہوتے ہیں۔ اور جو عضلات اس سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ مقربات (adductors)، عضلات وسیعہ (vasti)، اور ساقیہ (crureus) (عضلہ وسیعہ وسطیہ: vastus intermedius) ہیں۔ اور جو آزاد ہوتے ہیں وہ عضلہ خیاطیہ (sartorius)، عضلہ مستقیمہ (rectus)، عضلات کاذہ (hamstrings)، اور عضلہ رشیقہ (gracilis) ہیں۔ بافتوں کی بازکشی کی قوت کو تمام بتور میں ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ ہڈی میں جس کو پوشیدہ کرنا پڑتا ہے بازکشی کی قابلیت موجود نہیں ہوتی۔ اعصاب بہت کم بازکشیدہ ہوتے ہیں اور جب تک کہ ان کو بہت نزدیک سے نہ کاٹا جائے ان کے سروں کے پھول کر بصلہ نما اور حساس بنجانے کا احتمال ہوتا ہے۔ 595
بخلاف اس کے شریانوں میں بازکشی کی قابلیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ وریدیں کم لچکدار ہوتی ہیں اور ان میں بازکشی کا رجحان کم ہوتا ہے۔

عضلہ ذوار بعتہ الرؤس (quadriceps) کا وتر باوجود بہت مضبوط ہونے کے عضلہ پر بہت زور پڑنے سے منشق ہوجاتا ہے۔ ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں عضلہ خیاطیہ (sartorius) پالتی مار کر بیٹھنے کی حالت میں زور لگنے سے منشق ہوگیا تھا (لانسٹ Lancet: ۱۸۷۳ء)۔

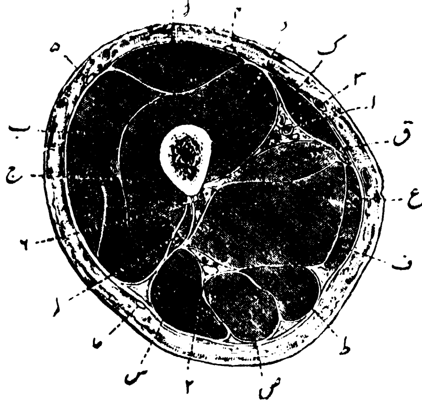
فخذی شریان (femoral artery) ران میں اپنے ممر کے ہر ایک حصہ میں باندھی جاسکتی ہے اور اس کے محل کے مقابلتہً سطحی ہونے کی وجہ سے اس کے ضرر رسیدہ ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ ران کے وسطی ثلث میں یہ عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے نیچے ہنٹر (Hunter) کی قنال میں واقع ہوتی ہے۔ جس عجیب و غریب طریقہ سے اصلی شریان کی صرف منفرد شاخوں ہی کو نقصان پہنچتا ہے اس کی بہت سی مثالیں ران میں پائی جاتی ہیں۔ بخلاف اس کے جنگ عظیم کے دوران میں ایسے واقعات بھی درج کئے گئے ہیں جن میں فخذی شریان اور فخذی ورید گولی کے زخم سے مکمل طور پر کٹ گئی تھیں، اور صرف خفیف سا نزف ہی واقع ہوا تھا۔ ان واقعات میں یہ معلوم ہوا تھا کہ منشق سرے دور تک علیحدہ ہوگئے تھے، اور ان کی کوریں اندر کی طرف کو عروق کے درونہ جات میں مڑ گئی تھیں۔

فخذی کی پوری کے کسور۔ پوری کے ہر ایک حصہ میں کسر واقع ہو سکتا ہے لیکن یہ ضرر ہڈی کے وسطی ثلث میں نہایت کثیر الوقوع اور بالائی ثلث میں نہایت قلیل الوقوع ہے۔ اگر ہڈی بلاواسطہ ضرب سے ٹوٹے تو کسر عام طور پر مستعرض ہوتا ہے، اور اگر بالواسطہ سے ٹوٹے تو یہ بالعموم ترچھا ہوتا ہے۔ بلاواسطہ ضرب سے کسر واقع ہونے کا امکان ہڈی میں نیچے سے اوپر کو کم ہوتا جاتا ہے، اور بالواسطہ قوت سے ضرر واقع ہونے کا امکان اس رخ میں بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ یہ واقعہ ہے کہ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے کسور بالعموم ترچھے اور زیرین ثلث کے زیادہ تر مستعرض ہوتے ہیں۔ فخذی اکثر عضلی زور سے بھی مکسور ہو چکی ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ ایسا سوائے مرض زدہ ہڈی کے کسی دوسری میں کبھی ہوا ہے۔ ان حالتوں میں سے کئی ایک میں قوت کی مقدار جس سے ہڈی شکستہ ہوتی ہے نہایت قلیل ہوتی ہے۔ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے ترچھے کسور میں کسر کا خط بالعموم نیچے کی اور اندر کی طرف کو جاتا ہے۔ اور وسطی ثلث کے ترچھے کسور میں اس کا رخ زیادہ تر نیچے کی اور آگے کی طرف کو ہوتا ہے۔ 596
اور اس میں خفیف سا جانبی میلان بھی موجود ہوتا ہے جو بعض اوقات اندر کی اور بعض اوقات باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ ہڈی کے زیرین ایک تہائی حصہ کے کسور پر گھٹنے کے خطہ کے سلسلہ میں بحث کی گئی ہے (باب بست و چہارم)۔

جہاں تک بالائی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے کسور کا تعلق ہے ٹکڑوں کی غیر وضعیتوں کا انحصار زیادہ تر کسر کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔ زیرین قطعہ قاعدۃً اوپر کی طرف کو بالائی قطعہ کے پیچھے عضلات کا زہ (hamstrings) سے کھینچ جاتا ہے۔ اور عضلہ مستقیمہ (rectus)، رشیقیہ (gracilis)، خیاطیہ (sartorius)، ناشرہ ردائیہ (tensor fasciæ) اور مقربات (adductors) ان عضلات کی مدد کرتے ہیں، اور یہ قطعہ موخر الذکر عضلات کے اثر سے ذرا اپنی اندرونی جانب کو بھی چلا جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کا زیرین سرا آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کو ابھر آتا ہے۔ اور اس غیر وضعیت کا باعث نیچے کا ٹکڑا ہوتا ہے جو اوپر کے ٹکڑے کو مذکورہ رخ میں ہٹا دیتا ہے۔ پوری کے بالائی ثلث کے کسر میں اوپر کے ٹکڑے کو باہر کی طرف ابھر آنے میں عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas) سے مدد ملتی ہے۔ اسلئے فخذی کی پوری کے کسور میں جو بدشکلی پیدا ہوتی ہے وہ بالعموم زاویئی ہوتی ہے۔ پاؤں کی برون گردی جو فخذی کے

کسور میں دیکھنے میں آتی ہے جارحہ کے وزن سے پیدا ہوتی ہے جو بے بس حصہ کو باہر کی طرف کو گھما دیتا ہے۔

بعض لولبی (spiral) یا مرغولہ نما (helicoidal) کسور تلوّی (torsion) سے پوری کے زیرین حصہ میں پیدا ہوجاتے ہیں۔ ایم۔ فیری (M. Féré) نے تجربہ سے یہ دریافت کیا ہے کہ اگر جارحہ کو دوسری جانب کے گھٹنے کے آگے سے گذار کر پاؤں کو باہر کی طرف گھمائیں تو فخذی کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر لولبی کسر پیدا کیا جاسکتا ہے۔
597 جارحہ کو باہر کی طرف لیجاکر اس کو اندر کی طرف گھمانے سے بھی اسی قسم کا ایک کسر پیدا کیا جاسکتا ہے۔



شکل ۱۴۸ مستعرض تراش ران کے وسط میں ہے۔

(بران Braune:)۔

ا مستقیمہ فخذیہ۔ ب۔ وسیعہ خارجہ۔ ج۔ ساقیہ۔ د۔ وسیعہ داخلہ۔ ر۔ ذوراسین کا قصیر سر۔ س۔ ذوراسین کا طویل سر۔ ص۔ نیم وتری عضلہ۔ ط۔ نیم غشائی عضلہ۔ ع۔ مقربہ کبیرہ۔ ف۔ رشیقیہ۔ ق۔ مقربہ طویلہ۔ ک۔ خیاطیہ۔ ۱۔ فخذی شریان۔ ۲۔ عظیم نسائی عصب۔ ۳۔ عظیم صافنی ورید۔ ۴۔ وسطی جلدی عصب۔ ۵۔ خارجی جلدی عصب۔ ۶۔ عمیق شریان کی ثاقب شاخیں۔ ۷۔ صغیر نسائی عصب۔

گرلولبہ کا رخ اس کے برعکس ہوتا ہے۔

کسر کے بعد جارحہ کا قصر۔ ہڈیوں کے شکستہ سروں کو بٹھانے اور ران کو اس محل پر قائم رکھنے میں جو خاص دقت پیش آتی ہے وہ اردگرد کے عضلات کے فعل سے پیدا ہوتی ہے۔ کسر واقع ہونے کے وقت سے قرب وجوار کے تمام عضلات پر معکوس انقباض کی ایک حالت طاری ہوجاتی ہے۔ اس انقباض کو عمومی یا مقامی معدمِ حس کے ذریعہ سے رفع کیا جاسکتا ہے اور پھر حصوں کو ان کی مناسب وضع پر قائم کیا جاسکتا ہے۔ حصوں کو ان کی وضع پر قائم رکھنے کے لئے دو اصول ضرور ذہن نشین رکھنے چاہئیں۔ (۱) جن صدموں سے معکوس انقباض پیدا ہوتا ہے ان کو جوڑوں کی مکمل تثبیت سے جس کے ساتھ عضلات کی تثبیت بھی ہوجاتی ہے ضرور روک دینا چاہئے۔ (۲) جارحہ پر وزنوں اور 598 چرخیوں کے ذریعہ سے مسلسل عمل کرنے والی باسط قوت کا استعمال کرنے سے عضلات کی قوت بازکشی پر بتدریج غلبہ حاصل کرنا چاہئے۔ اس موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جوارح اسفل کا طول بعض اوقات طبعی طور پر غیر مساوی ہوتا ہے۔ ڈاکٹر گارسن (Dr. Garson) نے تقریباً ۔ ہنجروں کے محتاط امتحان کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ تمام واقعات میں سے تقریباً ۱۰ فی صدی ہی میں دونوں جوارح کا طول مساوی ہوتا ہے۔ انھوں نے یہ بھی دریافت کیا کہ قصبیہ (tibia) کی نسبت فخذی میں یہ اختلاف زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

ران کا بتر۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جاچکا ہے (صفحہ 594) عضلات کے غیر مساوی انقباض کی وجہ سے مدور بتر ران کے لئے بتمامہ موزوں نہیں ہوتا۔ اس لئے قابل ترجیح عملیہ وہ ہے جس میں ران کی سامنے کی بافتوں سے بڑا دامن بنایا جاتا ہے اور پچھلی طرف کی ساختوں سے چھوٹا۔ جن مختلف ساختوں سے سابقہ پڑتا ہے وہ اور ان کا باہمی تعلق ران کی تراش کا، جیسی کہ شکل ۱۳۸ میں دکھائی گئی ہے، مطالعہ کرنے سے بہترین طور پر سمجھ میں آجاتا ہے۔ جو حصے کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں: ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps)، خیاطیہ (sartorius)، رشیقیہ (gracilis)، طویل اور کبیر مقربات (adductors)، تینوں عضلات کا ذہ (hamstrings)، سطحی اور عمیق فخذی عروق،

خارجی منحنی (external circumflex) شریان کی نزولی شاخیں، زیرین ثاقب عروق، اور طویل صافنی ورید، فخذی عصب کی بڑی بڑی شاخیں (وسطی جلدی، داخلی جلدی، اور عضلی مع طویل صافنی عصب کے)، خارجی جلدی عصب کی مقدم شاخ، عصب ساد (obturator)، اور عظیم اور صغیر نسائی (sciatic) اعصاب۔

599

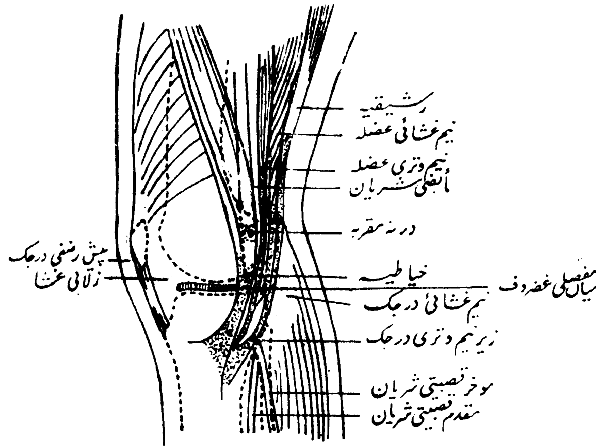
باب بست و چہارم

گھٹنے کا خطہ

اس باب میں گھٹنے کے جوڑ اور اس کے ارد گرد کے نرم حصوں، مابضی فضا (popliteal space)، فخذی کے نیچے کے سرے، چپنی (patella) اور قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) کے نیچے کے سروں کا بیان کیا جائے گا۔

سطحی تشریح۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب پر چپنی واضح طور پر محسوس کی جا سکتی ہے۔ اس کا اندرونی کنارہ بیرونی کی نسبت ذرا زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ بسط کردگی کی وضع میں ہوتا ہے اور عضلہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) ڈھیلا ہوتا ہے تو چپنی ادھر اُدھر ہلائی جا سکتی ہے، اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ ڈھیلی چسپیدہ ہے۔ جب ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) منقبض ہوتا ہے تو یہ ہڈی اوپر کی طرف کو کھچ جاتی ہے اور فخذی کے بالمقابل مضبوطی سے مثبت ہو جاتی ہے۔ جوڑ کی خم کردگی کی حالت میں چپنی اس خالی جگہ میں چلی جاتی ہے جو قصبیہ اور میان قندالی کٹاؤ (intercondyloid notch) کے درمیان ہوتی ہے اور بہت مضبوطی سے مثبت ہو جاتی ہے۔ اس وضع میں فخذی کی بکرئی (trochlear) سطح کا کچھ حصہ چپنی سے اوپر شناخت کیا جا سکتا ہے۔ چپنی کی ہر ایک طرف ایک خالی جگہ ہوتی ہے، جو فربہ اشخاص میں چربی سے بعض اوقات مکمل طور پر پُر ہوتی ہے۔

جب جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو رضفی رباط (ligamentum patellæ) زیادہ واضح طور پر محسوس نہیں ہوتا۔ خم کردگی کی حالت میں یہ ذرا زیادہ نمایاں ہوجاتا ہے اور جب عضلہ ذوا ربعۃ الرؤس (quadriceps) زور سے منقبض ہوتا ہے تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے۔ چربی کی زیر رضفی گدی اس رباط کی ہر ایک جانب پر باہر کو ابھری ہوتی ہے، اور نا تجربہ کار مشاہد بعض اوقات اس سے یہ سمجھ لیتے ہیں کہ جوڑ میں سیال 600
موجود ہے۔



شکل ۱۲۹۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندر کی طرف کی سطحی تشریح۔

گھٹنے کی اندر کی طرف پر مندرجہ ذیل حصص اوپر سے نیچے کو محسوس کئے جا سکتے ہیں (شکل ۱۲۹)۔ عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کا درنہ، اور اس عضلہ کا انتہائی وتر، فخذی کا اندرونی قندال جو بہت نمایاں ہوتا ہے، (جوڑ کی اس جانب پر جو گول فراز ہوتا ہے اس کا بہت سا حصہ اسی سے بنتا ہے) اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا اندرونی حدبیہ (قندال)۔ ہڈی کے دونوں موخرالذکر زائدوں کے درمیان میان مفصلی خط اور

نیم قمری غضروف (وسطانی ہلالیہ :medial meniscus) محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ جوڑ
کی بیرونی جانب پر فخذی کا خارجی قندال ہوتا ہے، اور یہ دوسری طرف کے رفیق قندال سے
کم نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا متناظر حدبیہ ہوتا ہے جو ایک
نمایاں فراز کی شکل کا ہوتا ہے۔ ذوراسین (biceps) کے وتر کے عین سامنے خارجی جانبی
رباط کا بالائی حصہ محسوس کیا جا سکتا ہے جبکہ جوڑ ذرا خم کردہ ہو۔ اس وتر اور صبنی کے
درمیان حرقفی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کا نیچے کا حصہ ایک نمایاں مستدیر
بند کی شکل میں قصبیہ (tibia) کے خارجی حدبیہ (قندال) سے نیچے کی طرف کو آتا ہوا
محسوس کیا جا سکتا ہے۔ جب گھٹنا عضلی فعل سے بزور بسط کردہ ہو تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے، 601
اور اکثر جلد کے نیچے واضح طور پر ابھر آتا ہے۔ قصبیہ (tibia) کا درنہ اور شنظیہ
(fibula) کا سر تقریباً ایک ہی لیول پر بآسانی محسوس کئے جا سکتے ہیں۔

مابضی فضا (popliteal space) صرف اسی حالت میں ایک گڑھے
کی شکل میں نمودار ہوتی ہے جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو۔ بسط کردہ جارحہ میں اس گڑھے کی جگہ ایک
فراز نمودار ہو جاتا ہے جس کی گولائی یکساں ہوتی ہے۔ جلد کا وہ شکن جو گھٹنے کے خم کے
پیچھے سے مستعرضاً گذرتا ہے وہ گھٹنے کے جوڑ کے خط سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس
فضا کی بیرونی جانب پر ذوراسین (biceps) کا وتر خاصکر جب کہ یہ عضلہ فعل کر رہا ہو
بہت آسانی سے محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اس کے عین پیچھے اور اس کے اندرونی کنارہ
کے ساتھ ساتھ مشترک شنظی (common peroneal) عصب واقع ہوتا ہے۔ اسے
شنظیہ (fibula) کے سر پر جیسے یہ عبور کر کے عضلہ شنظیہ طویلہ (peroneus longus) کے
نیچے چلا جاتا ہے، انگلی کے نیچے پھرایا جا سکتا ہے۔ ابلہ (ham) کی اندر کی طرف تین وتر
محسوس کئے جا سکتے ہیں۔ اس فضا کے وسط کے قریب ترین نیم وتری عضلہ
(semitendinosus) کا طویل اور نمایاں وتر ہوتا ہے۔ اس کے اندر کی طرف نیم غشائی
عضلہ (semimembranosus) کا اس سے بڑا اور کم واضح وتر ہوتا ہے۔ اور اس کے
اندر کی طرف عضلہ رشیقیہ (gracilis) شناخت کیا جا سکتا ہے۔

مابضی عروق (popliteal vessels) ابلہ (ham) میں اس کے بالائی اور

اندرونی حصہ پر نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے سے ترچھے رخ میں داخل ہوتے ہیں۔ اس عضلہ کا بیرونی کنارہ شریان کے بالائی حصہ کی رہنمائی کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ عروق نیچے کی طرف کو آتے ہوئے اس نقطہ پر پہنچتے ہیں جو گھٹنے کے جوڑ کے وسط کے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور پھر عموداً نیچے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ مابضی (popliteal) شریان کی انتہا جو عضلہ مابضیہ (popliteus) کے زیرین کنارے پر ہوتی ہے قصبیہ (tibia) کے درنہ کے زیرین حصہ کے لیول پر پائی جاتی ہے۔ اس فضا کے بالائی حصہ میں ورید شریان کے باہر کی طرف واقع ہوتی ہے اور عصب اور بھی باہر کی طرف ہوتا ہے۔ زیرین حصہ میں یہ ساختیں ایک دوسرے کو عبور کر جاتی ہیں اور ہر ایک کے محل کی ترتیب الٹ جاتی ہے۔ عبور کرتے وقت شریان سب سے گہری واقع ہوتی ہے، اور عصب سب سے اوپری

602 (موخر) ہوتا ہے، اور ورید درمیان میں ہوتی ہے۔ جب جارحہ خم کردہ ہوتا ہے تو شریان کے نبضانات محسوس کئے جا سکتے ہیں اور یہ عرق اس مقام سے ذرا نیچے جہاں یہ مابضی فضا میں داخل ہوتا ہے فخذی کے بالمقابل مضغوط کیا جا سکتا ہے۔ بالائی مفصلی شریانیں فخذی قندالوں کے عین اوپر مستعرض رخ میں اندر کی اور باہر کی طرف کو جاتی ہیں۔ اور زیرین مفصلی شریانیں بھی مستعرض واقع ہوتی ہیں، ان میں سے اندرونی عروق قصبیہ کے اندرونی حدبیہ کے عین نیچے سے گذرتے ہیں، اور بیرونی شظیہ (fibula) کے سر کے عین اوپر سے تفمیمی کبیر (anastomotica magna) کی عمیق شاخ فخذی کے اندرونی قندال تک عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کے جرم میں سے، اور مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کے وتر کی مقدم جانب کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ داخلی صافنی (internal saphenous) ورید فخذی کے داخلی قندال کے عقبی حصہ کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو جاتی ہے، اور پھر عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے ساتھ ساتھ ران میں چلی جاتی ہے۔ قصیر صافنی (short saphenous) ورید ربلہ کے عین نیچے پنڈلی کے خط وسطی کی متابعت کرتی ہے، اور مابضی فضا کے زیرین حصہ پر عمیق ردا کو مثقب کرتی ہے۔

داخلی مابضی عصب (internal popliteal nerve) (قصبیتی : tibial) خط وسطی کے ساتھ ساتھ نیچے کو آتا ہے اور اس خط کی سیدھ میں آگے بڑھ جاتا ہے

جو عظیم نسائی تنے (great sciatic trunk) کے ممر کو ظاہر کرتا ہے۔

گھٹنے کی سامنے کی طرف۔ گھٹنے کی سامنے کی طرف کی جلد کثیف اور بہت حرکت پذیر ہوتی ہے۔ یہ حرکت پذیری خاص کر کند آلوں کی اذیتوں اور ایسی ضرب میں جس میں جلد کے پھسلنے کی حرکت چوٹ کے رخ کو مفصل کی طرف سے ہٹا سکتی ہے، گھٹنے کے جوڑ کی معتدبہ محافظت کرتی ہے۔ خم کردگی کے دوران میں جلد چپنی کے اوپر کس کر کھچ جاتی ہے اور جیسا کہ دوسرے مقامات پر (جہاں جلد ہڈی پر کم و بیش بلا واسطہ واقع ہوتی ہے) ہوتا ہے چپنی پر کی کونگی سے بعینہ کٹے ہوئے زخم کے مشابہ ضرر پیدا ہو سکتا ہے۔

اس مفصل کی سامنے کی جانب پر زیرجلدی چربی بہت کم ہوتی ہے۔ چنانچہ گھٹنے کے جوڑ میں سے جو بزر کیے جاتے ہیں ان میں مقدم دامن بہت پتلا ہوتا ہے اور سوائے سادہ جلد کے اور کسی شئے سے مرکب نہیں ہوتا۔

جن عروق سے گھٹنے کی سامنے کی طرف کو شاخیں آتی ہیں اور جو ان حصوں کی رسد سے تعلق رکھتے ہیں اور جن پر باہم اور بر آبطے ڈالے جاتے ہیں وہ تفممی (anastomotic) مابضی (popliteal) کی چار مفصلی شاخیں، اور مقدم قصبیتی بازگرد (anterior tibial recurrent) ہیں۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب اور اس جوڑ کے مقدم حصوں اور عضلہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) کو جو اعصاب آتے ہیں وہ تیسرے اور چوتھے قطنی قطعات سے نکلتے ہیں، اور مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) اور سادر (obturator) اعصاب کی شاخوں کی شکل میں ان تک پہنچتے ہیں۔ 603

گھٹنے کے خیالہ کے سطحی عروق لمف زیادہ تر اس جوڑ کی اندرونی طرف پر واقع ہوتے ہیں اور طویل صافنی (long saphenous) عصب کے ممر کی متابعت کرتے ہیں۔ اس مفصل کے اوپر کی جلد کے قروح اور التہابی عوارض میں التہاب عروق لمف (lymphangitis) اور اربی غدد میں کلانی واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے، اور یہ احتمال ان قروح اور عوارض کے باہر کی اور سامنے کی جانب واقع ہونے کی نسبت ان کے اندر کی طرف پائے جانے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

گھٹنے کی سامنے کی جانب پر مندرجۂ ذیل درجکیں پائی جاتی ہیں۔(۱) رضفی درجک

(patellar bursa) ۔ یہ ایک بڑا سا ناچہ ہے جو چپنی اور رضفی رباط کے بالائی حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے، اور ان ساختوں کو جلد سے علٰحدہ کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ فواصل کے ذریعہ سے یہ اکثر سطحی اور عمیق خانوں میں منقسم ہوتا ہے۔ جن لوگوں کو گھٹنوں کے بل جھکنا پڑتا ہے ان میں یہ اکثر بہت کلانی یافتہ ہوتا ہے، مثلاً خادماؤں، سنگ تراشوں اور مذہبی شخاص وغیرہ میں۔ اس درجک کے اردگرد کے حصوں میں اعصاب کی رسد کثرت سے موجود ہوتی ہے، اور اس لئے اس کے حاد التہاب میں بہت سا درد پایا جاتا ہے۔ چپنی سے یہ بہت قریبی طور پر ملا ہوتا ہے، اور ایرچسن (Erichsen) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں اس درجک کے تقیح سے اس ہڈی میں بوسیدگی واقع ہوگئی تھی۔ (۲) ایک درجک رضفی رباط (patellar ligament) اور قصبیہ (tibia) کے درنہ کے درمیان ہوتی ہے (شکل ۱۴۰)۔ مذکور سابقہ درجک کے عوارض میں جو درد پایا جاتا ہے اس کی نسبت اس درجک کے ملتہب ہونے میں زیادہ درد محسوس ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ دو استوار ساختوں یعنی رباط اور ہڈیوں کے درمیان مضبوطی سے مضغوط ہوتی ہے۔ زلالی کہفہ سے یہ اس چربی کی گدی سے علٰحدہ ہوتی ہے جو چپنی کے پیچھے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عضلہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) کے وترا اور فخذی کے درمیان جو درجک واقع ہوتی ہے اس کا ذکر زلالی کہفہ کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ قرب وجوار کی دوسری درجکوں کے لئے دیکھو صفحہ 607۔

مأبضی فضا (popliteal space) ۔ اس فضا کے اوپر کی جلد اتنی حرکت پذیر نہیں ہوتی جتنی کہ گھٹنہ کی مقدم جانب پر کی ہوتی ہے۔ جب چوٹ یا احتراقات یا وسیع تقرح سے یہ تباہ ہوجاتی ہے تو ان سے پیدا شدہ ندبہ کے انقباض سے گھٹنا خمیدہ ہوجاتا ہے اور اس میں استواری واقع ہوجاتی ہے۔ اس مقام کی جلد منقبض گھٹنے کی حالت میں بزور توسیع کرنے سے منشق بھی ہوچکی ہے۔ جلد اور سطحی بافت کے نیچے مأبضی ردا (popliteal fascia) ہوتی ہے۔ یہ ایک کثیف غشا ہے جو اس فضا کو پوشیدہ کرتی ہے۔ یہ ران کی ردائے عریض (fascia lata) کا تسلسل ہی ہے، اور نیچے کی طرف یہ ٹانگ کی ردا کے ساتھ مسلسل ہوجاتی ہے۔ یہ عضلات کاذہ (hamstring 604

(muscles) کے اوپر سے جو ربلہ (ham) کی حد بندی کرتے ہیں بغیر کسی عظمی چسپیدگی کے گذرجاتی ہے۔یہ ردا مابضی خراجات اور بالیدوں کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے اکثر بہت نمایاں طور پر روک دیتی ہے۔اس کی مظبوطی اس شدید درد کی پیدائش کا اصلی سبب ہے جو ایسے اجتماعات یا سلعات میں اکثر پایا جاتا ہے۔چونکہ مابضی خراج سطح تک پہنچنے سے قاصر ہوتا ہے اس لئے اسے یا تو اوپر کی طرف ران میں یا نیچے کی طرف ٹانگ میں چلے جانے میں سہولت ہوتی ہے۔ربلہ (ham) میں پیپ کی معتدبہ مقدار جمع رہ سکتی ہے۔

پیپ سرین یا حوض سے عظیم نسائی (great sciatic) عصب کے ساتھ ساتھ ربلہ (ham) میں پہنچ سکتی ہے، یا ران سے اس سوراخ میں سے ہوکر پھیل سکتی ہے جو مقربہ کبیرہ (great adductor) میں فخذی عروق کے لئے ہوتا ہے۔

عضلات کاذہ (hamstring muscles) اور ردائی ساختیں گھٹنے کے جوڑ کے غیر ملتہبت مرض میں اکثر مستقل طور پر مقصر پائی گئی ہیں اور اس سے ٹانگ کی ران پر ایک کم وبیش استوار خم کردگی پیدا ہوجاتی ہے۔گھٹنے کے جوڑ کے مرض کی خراش سے عضلات کاذہ (hamstrings) میں تقبض پیدا ہوسکتا ہے۔ان عضلات کی عصبی رسد عظیم نسائی (great sciatic) عصب کے ذریعہ سے پانچویں قطنی قطعہ سے آتی ہے جس سے گھٹنے کی عصبی رسد کا کچھ حصہ بھی آتا ہے۔گھٹنے کے جوڑ کے مرض میں ان عضلات کے انقباض کا رجحان نہ صرف گھٹنے کو خمیدہ کرنے کی طرف ہی ہوتا ہے بلکہ قصبیہ (tibia) کو پیچھے کی طرف کھینچنے اور بعض واقعات میں جزوی خلع پیدا کردینے کی طرف بھی ہوتا ہے۔

عضلات کاذہ (hamstrings) کے اوتار بعض اوقات بہت زور پڑجانے سے منشق ہوجاتے ہیں۔اور جو وتر سب سے زیادہ کثرت سے پھٹتا ہے وہ ذوراسین (biceps) کا وتر ہے۔جب دھڑ گھٹنوں کو بسط کردگی کی حالت میں رکھتے ہوئے کولہے کے جوڑ پر زور سے خمیدہ کیا جاتا ہے تو یہ عضلات بہت تن جاتے ہیں۔اس وضع میں انتہائی حرکت سے اس عضلہ کے بعض ریشے منشق ہوچکے ہیں۔گھٹنے سیدھے رکھ کر پاؤں کی انگلیوں کو ہاتھ کی انگلیوں سے چھونے میں جو دقت پیش آتی ہے اس کا انحصار تنیدہ عضلات کاذہ 605

(hamstrings) کی مزاحمت پر ہوتا ہے۔

ذوراسین (biceps) کے وتر کی وترشگافی (tenotomy) میں مشترک شنظی (common peroneal) (نسائی: sciatic) بآسانی زخمی ہوسکتا ہے۔ یہ معلوم ہوجانا چاہئے کہ اس عضلہ کے انقباض کا رجحان وتر اور عصب کے درمیانی فاصلہ میں اضافہ کرنے اور قبل الذکر کو زیادہ سطحی بنانے کی طرف ہوتا ہے۔ شنظی (peroneal) عصب پٹیوں گیٹھوں، اور "فوجی پٹیوں" کے شنظیہ (fibula) کے سر اور گردن پر بہت کس کر باندھنے سے بعض اوقات مضغوط ہوجاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ٹانگ کے باسط عضلات کے جزوی شلل کی وجہ سے جن کو مشترک شنظی (common peroneal) عصب سے رسد پہنچتی ہے پاؤں گھسیٹ کر چلنے کی طرف رجحان ہوتا ہے۔

ربلہ (ham) کے عروق۔ مابضی (popliteal) عروق گہرا واقع ہونے کی وجہ سے شاذونادر ہی زخمی ہوتے ہیں۔ مابضی شریان (popliteal artery) بیرونی چوٹ مثلاً اس کے خط پر سے پہیا گزر جانے سے منشق ہوچکی ہے۔ اس شریان میں سوائے صدری اورطہ کے انورسما بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ کرسپ (Crisp) نے ذاتی انورسما (spontaneous aneurysm) کے جو ۵۵۱ واقعات جمع کئے ہیں ان میں سے ۱۳۷ مثالوں میں مابضی عرق اس مرض کا محل تھا۔ اور صدری اورطہ ۱۷۵ واقعات میں ماؤف تھا۔ اس عرق میں جو رجحان انورسما کی طرف پایا جاتا ہے اس کا انحصار بہت سے اسباب پر ہے۔ اس عرق پر بہت سی حرکت کا اثر پڑتا ہو اور اس سے ایسے مابضی عروق کو جنکی لچک عمر یا مرض کی وجہ سے غائب ہوچکی ہو بآسانی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مردہ اجسام پر تجربات کرنے سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ اس عرق کے اندرونی اور وسطی طبقات گھٹنے کی انتہائی خم کردگی سے منشق کئے جاسکتے ہیں، اور اسی قسم کا انشقاق واقعات کی ایک کمتر تعداد میں جبری
606 توسیع سے پیدا کیا جاسکتا ہے۔ مزید براں سوائے اس حالت کے جبکہ جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہو مابضی (popliteal) شریان صدری اورطہ کی طرح بہت منحنی ہوتی ہے۔ نیز یہ عرق دو بڑی شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ شریان کی دو شاخگی کا مقام انورسما کے لئے ایک مساعد مقام ہے۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ

اِس شریان کو مابضی فضا کی صرف ڈھیلی بافت ہی سہارا دیتی ہے اور مضبوط عضلات کا وہ سہارا جو دوسرے مقامات پر بہت سے بڑے بڑے عروق کو ملتا ہے یہاں حقیقتاً موجود نہیں ہوتا۔ بعض مابضی انورسماؤں کا علاج گھٹنے کو خمیدہ کرنے اور جارحہ کو کچھ عرصہ تک اسی حالت میں رکھنے سے کامیابی سے کیا جا چکا ہے۔ یہ امر کہ اس عرق کے درونہ پر خم کردگی کا بلاواسطہ اثر ہوتا ہے ٹانگ کو ران پر بزور خمیدہ کرنے سے اندر کی طرف کے ٹخنے پر نبض کے کمزور ہو جانے سے ثابت ہوتا ہے۔ شریان اور ورید اس قدر منضم ہوتے ہیں کہ شریانی تنے پر بندش لگاتے وقت ان کو علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے۔

مابضی (popliteal) ورید بہت جسیم عرق ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں اتنی کثیف اور موٹی ہوتی ہیں کہ کاٹنے پر وہ کم وبیش شریان کے طبقات کی مانند دکھائی دیتی ہیں۔ اس عجیب وغریب خاصہ اور رفیق عرق سے قریبی تعلق رکھنے کی بنا پر ٹلو (Tillaux) یہ دعوٰے کرتا ہے کہ" سارے نظام میں یہ ورید اس لحاظ سے دوسری تمام وریدوں سے مختلف ہے"۔ یہ امر بھی معلوم کر لینے کے قابل ہے کہ ورید شریان کی نسبت اگرچہ زیادہ سطحی ہوتی ہے مگر چوٹ سے یہ بہت شاذ طور پر ہی منشق ہوتی ہے۔ شریان قاعدۃً اکیلی ہی پھٹتی ہے۔

شریان کے جو تعلقات ورید اور عصب سے ہیں ان سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ مابضی انورسما سے ٹانگ میں جلد ہی تہیج پیدا ہو سکتا ہے۔ اور داخلی مابضی تنے (internal popliteal trunk) پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے عصبی علامات ظاہر ہو سکتے ہیں۔ نیز یہ انورسما ایک سے زیادہ مرتبہ گھٹنے کے جوڑ میں بھی گھس گیا ہے، جس کے خلفی رباط کے ساتھ شریان مذکور اتنا قریبی تعلق رکھتی ہے۔

قصیر یا صغیر صافنی ورید (short or small saphenous vein) تقریباً خط وسطی میں واقع ہوتی ہے۔ اور چونکہ یہ جلد میں سے دکھائی نہیں دیتی ہے اس لئے یہ مابضی فضا کے زیریں حصہ میں شگاف دینے سے کٹ سکتی ہے۔

ربلہ (ham) کے لمفی غدد کی تعداد چار سے پانچ تک ہوتی ہے، اور یہ بڑے بڑے عروق کے گرد گھیرے واقع ہوتے ہیں۔ کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں

607 یہ غلطی سے انورسما اور دوسرے مأبضی سلعات تصور کر لئے گئے ہیں ۔ ان میں پاؤں اور ٹانگ کی بیرونی اور موخر جانبوں کے عمیق عروق لمف آتے ہیں ۔ ایک چھوٹا سا غدہ ردا کے نیچے قصیر صافنی ورید کے داخل ہونے کے مقام کے قریب اکثر پایا جاتا ہے ۔ اس میں بعض عروق لمف آتے ہیں جو اس عرق کی متابعت کرتے ہیں ۔

ربلہ کے اردگرد کی درجکوں کی تعداد عام طور پر سات ہوتی ہے ۔ چار اس فضا کی اندر کی طرف ہوتی ہیں اور تین اس کی باہر کی طرف ۔ اندرونی طرف ـــ (۱) ایک بڑی سی درجک نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے اور فخذی کے داخلی فندال اور گیسٹرو کنیمیس (gastrocnemius) کے اندرونی سر کے اوپر ہوتی ہے (شکل ۱۲۹) ۔ یہ درجک اس فضا میں سب سے بڑی ہوتی ہے ۔ اور سن بلوغ کے بعد یہ اکثر اس جوڑ سے ربط پیدا کر لیتی ہے ۔ اس خطہ کی تمام درجکوں میں سے یہ درجک نہایت کثرت سے کلانی یافتہ ہوتی ہے ، اور ماؤف ہو کر بہت بڑی ہو جاتی ہے ۔ ایک بیان کردہ واقعہ میں یہ ناپ ۵ انچ لمبا اور ۳½ انچ چوڑا تھا ۔ جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں یہ کلانی یافتہ محکم اور مزاحم محسوس ہوتی ہے مگر خم کردگی کی حالت میں یہ ڈھیلی ہو جاتی ہے ، اور اسے اکثر مکمل طور پر غائب کیا جا سکتا ہے ۔ اس درجک اور اس جوڑ کے درمیان جو جھری کی شکل کا ربط ہوتا ہے وہ غالباً بسط کردگی میں موخر رباط کے کس جانے سے بند ہو جاتا ہے ۔ اور گھٹنے کو خمیدہ کرنے میں اس کے ڈھیلا ہو جانے سے کھل جاتا ہے ۔ مگر اس درجک کا اس طرح غائب ہونا صرف ظاہری ہوتا ہے اور خم کردگی کے دوران میں حصوں کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے ۔ (۲) نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے وتر اور قصبیہ (tibia) کے اندرونی حدبیہ کے درمیان ایک چھوٹی سی درجک ہوتی ہے ۔ گھٹنے کے لیول سے ذرا نیچے دو اور درجکیں ہوتی ہیں ، یعنی (۳) ایک خیاطیہ (sartorius) کے منتہی کے نیچے ہوتی ہے ، اور (۴) دوسری عضلہ رشیقیہ (gracilis) اور نیم وتری عضلہ (semitendinosus) کے منتہاؤں کے نیچے ہوتی ہے ۔ بیرونی طرف ـــ (۱) جوڑ کی زلالی غشا کا ایک بڑا سا عطفہ عضلہ مأبضیہ (popliteus) کے وتر اور قصبیہ (tibia) کے خارجی حدبیہ کے درمیان ہوتا ہے ۔ یہ عطفہ ایک درجک کا کام دیتا ہے ۔ اور بعض اوقات قصبینی شنظوی (tibio-fibular)

مفصل میں کھلا ہوتا ہے جس سے یہ کہفہ گھٹنے کے جوڑ سے مل جاتا ہے۔ (۲) ایک درجک گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے بیرونی سر اور عظم فخذی کے بیرونی قندال کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی، اور اس جوڑ سے تعلق نہیں رکھتی۔ (۳) ایک درجک ذوراسین (biceps) کے وتر اور خارجی جانبی رباط کے درمیان ہوتی ہے۔ شظی (peroneal) 608
عصب اس تاچہ کو عبور کرتا ہے —— اس حالت سے اس درد کی توجیہ ہو سکتی ہے جو اس درجک کے کلانی یا فتہ ہونے کی حالت میں محسوس ہوتا ہے۔

گھٹنے کا جوڑ (knee-joint) (شکل ۱۴۰) - یہ مفصل جسم کے جوڑوں میں سے سب سے بڑا ہے۔ اس کے زیادہ مضبوط ہونے کا سبب وہ قوی رباطات ہیں جو ترکیبی ہڈیوں کو متحد کرتے ہیں، اور بالخصوص وہ عضلات اور رردائیں ہیں جو اس کو گھیرے ہوتی ہیں۔ مفصلی سطوح کی شکل سے اسے کچھ قوت نہیں ملتی کیونکہ یہ ایک دوسرے سے محض مس ہی کرتی ہیں۔ اگرچہ گھٹنے کا جوڑ ضربات کے لئے اکثر معرا رہتا ہے لیکن اس کے خلوع نہایت ہی نادرالوقوع ہیں۔ جانبی رباطات (lateral ligaments) نسبتاً کمزور ہوتے ہیں۔ یہ بسط کردگی میں تنیدہ اور خم کردگی میں ڈھیلے ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں اتنا ڈھیلاپن پایا جاتا ہے کہ قصبیہ (tibia) کے جزوی خلوع ان بندوں کے انشقاق کے بغیر ہی ممکن ہوتے ہیں، اور اُن واقعات میں جن میں یہ جوڑ حادثہ کے بعد کسی قدر خم کردہ پایا جائے خاص طور پر ایسا ہوتا ہے۔ صلیبی رباطات (crucial ligaments) بہت مضبوط ہوتے ہیں، اور جوڑ کے انتہائی اوضاع میں یہ کم و بیش تنیدہ ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں سے جو مقدم ہوتا ہے وہ خاص طور پر بسط کردگی اور قصبیہ (tibia) کی مقدم غیر وضعیت اور ٹانگ کی اندرونی گردش کو مزاحم آتا ہے! ور موخر رباط انتہائی خم کردگی اور قصبیہ (tibia) کی خلفی غیر وضعیت کو مزاحمت پیش کرتا ہے۔ بسط کردگی کی حالت میں عظم قصبیہ (tibia) کسی قدر آگے کی طرف کو پھسل جاتی ہے، اور ذرا باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ ہڈی پیچھے کی طرف کو پھسلتی ہے، اور کسی قدر اندر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ بسط کردگی عام طور پر صلیبی اور موخر رباطات سے، اور خم کردگی صلیبی رباطات سے اور ان کے علاوہ رضفی رباط (ligamentum patellæ) اور کیسہ کے مقدم حصہ سے محدود رہتی ہے۔ گردش صرف

خم کردگی ہی کی حالت میں ممکن ہوتی ہے۔

موخر رباط کا باریک ترین حصہ وہ حصہ ہے جو اُن ترچھے ریشوں کے نیچے ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) سے آتے ہیں۔ اگر پیپ جوڑ میں سے نکلکر ربلہ (ham) میں آئے تو یہ غالباً رباط کے اسی حصہ میں سے گزر کر آتی ہے۔ 609

منقبض گھٹنے میں جس میں لیفی جساؤ (ankylosis) بھی موجود ہو جہاں تک جوڑ کی بافتوں کا تعلق ہے زیادہ تر انقباض، موخر رباط اور جانبی رباطات اور اس لیفی اور شحمی بافت میں پایا جاتا ہے جو قبل الذکر رباط اور موخر صلیبی بند کے درمیان ہوتی ہے۔ لیکن یہ ضرور ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ تمام ساختیں متاثر ہوتی ہیں ـــــ جلد، صفاق (aponeurosis)، اور بالخصوص عضلات۔

گھٹنے کے جوڑ کی زلالی غشا (synovial membrane) ایک بڑی تہ انبان کی شکل میں چپنی سے اوپر کی طرف کو باسط وتر کے نیچے نیچے چلی جاتی ہے۔ یہ تہ انبان اس مقام تک پہنچ جاتی ہے جو فخذی کی بکری سطح (trochlear surface) کے بالائی حاشیہ سے اوپر اس سے ایک انچ سے زائد فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور جب یہ جوڑ سیال سے متمدد ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہو جاتی ہے (شکل ۱۴۰)۔ جب گھٹنا خمیدہ کر دیا جاتا ہے تو یہ تہ انبان نیچے کی طرف کو کھچ جاتی ہے اور اس لئے جب فخذی کے نیچے کے سرے پر کوئی عملیہ کیا جانے والا ہو تو جارحہ کو اسی وضع پر رکھنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ اس زلالی جیب کے اوپر ایک درجک ہوتی ہے جو عضلہ ذوا ربعۃ الرؤس (quadriceps) کے وتر کو عظم فخذی سے علٰحدہ کرتی ہے۔ اور اس کی عمودی پیمائش عام طور پر ایک انچ سے زیادہ ہوتی ہے (شکل ۱۴۰)۔ شیر خواروں اور بالغوں دونوں میں گھٹنے کے ۲۶۰ جوڑوں کا امتحان کرنے سے شوآرٹز (Schwartz) نے یہ دریافت کیا ہے کہ یہ درجک شیر خوار بچوں میں ۱۰ واقعات میں سے ۷ میں زلالی کہفہ سے ربط رکھتی تھی، اور بالغوں میں ۱۰ میں سے ۸ میں۔ اس سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ جب یہ ربط موجود ہو تو جو ہول جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں عظم فخذی پر اس کی بکری سطح سے تقریباً ۲ انچ اوپر یا چپنی کی چوٹی سے اتنے ہی فاصلہ پر لگے وہ عملی طور پر گھٹنے کے جوڑ کو کھول دیگی۔

گھٹنے کے جوڑ کے اندر کی زلالی غشا کی پیچیدگی کا انحصار اس امر پر ہے کہ اس میں تین چھوٹے خانے یا مفصلی کہفے ہوتے ہیں۔ اور وہ یہ ہیں :- (۱) بکری (trochlear)، چپنی کے حرکات کے لئے۔ (۲) خارجی قصبیتی فخذی (external tibio-femoral)۔ (۳) داخلی قصبیتی فخذی (internal tibio-femoral) ۔موخرالذکر دونوں نیم قمری غضروفوں (مفصلی ہلالیوں :articular menisci) کے ذریعہ سے بالائی اور زیرین خانوں میں پھر منقسم ہوجاتے ہیں۔ بالائی خانوں میں قندال کی گردشی حرکتیں واقع ہوتی ہیں، اور زیرین میں 610
ہلالیوں (menisci) اور قصبیہ (tibia) کے درمیان کی انزلاقی حرکتیں (gliding movements) چلنے وقت ان پانچوں خانوں میں حرکتیں واقع ہوتی ہیں ۔ مخاطی رباط (ligamentum mucosum) بکری (trochlear) اور قندالی مفاصل کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اور صلیبی رباطات (crucial ligaments) قصبیتی فخذی (tibio-femoral) جوڑوں کے درمیان ہوتے ہیں۔

صلیبی رباطات (crucial ligaments) اگرچہ زلالی غشا سے کم وبیش مکمل طور پر محصور ہوتے ہیں مگر پھر بھی زلالی کہفہ سے بالکل باہر ہوتے ہیں۔ موخر صلیبی (posterior crucial) رباط کیسہ کے موخر حصہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔

رضفی رباط (patellar ligament) کا بالائی ثلث رضفی جوڑ (patellar joint) کی زلالی غشا سے تعلق رکھتا ہے، گو یہ اس سے چربی کی ایک گدی سے علٰحدہ ہوتا ہے۔ اس رباط کا زیرین دو تہائی حصہ اس درجک اور شحمی بافت سے تعلق رکھتا ہے جو اس بند اور قصبیہ (tibia) کے درمیان ہوتی ہیں۔ اگر چپنی کی چوٹی پر سے چاقو افقی رخ میں پیچھے کی طرف کو داخل کیا جائے تو یہ جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کے درمیان جوڑ کی حد کے عین قریب سے گزر جائیگا، اور موخرالذکر ہڈی سے جا ٹکرائے گا۔ لیکن اگر جوڑ میں کوئی انصباب موجود ہو یا جارحہ کسیقدر خم کردہ ہو تو اس طرح داخل کیا ہوا چاقو ان دونوں ہڈیوں کے درمیان سے گذر جائیگا (شکل ۱۴۰)۔

چپنی اور فخذی کی مفصلی سطحوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ زلالی غشا کی جھالروں (جناحی رباطات :alar ligaments) سے پُر ہوتا ہے۔ بعض اوقات ان سے خلی زائدے پیدا

ہوجاتے ہیں) اور علٰحدہ ہوکر جوڑ میں آزاد اجسام کی شکل اختیار کرلیتے ہیں۔ یہ معلوم ہوتے ہوئے کہ زلالی استر اسی بافت سے مشتق ہوتا ہے جس سے ہڈیوں کی مفصلی سطحیں بنتی ہیں اگر اس قسم کے زائدوں میں تغضرف (chondrification) شروع ہوجائے اور غضروفی اجسام بنجائیں تو یہ امر تعجب خیز نہ ہوگا۔

جوڑ کا مرض۔ گھٹنے کا جوڑ اپنے محل کے سطحی ہونے کی وجہ سے ایک ایسا مفصل ہے
جس میں چوٹ یا سردی لگنے سے التہاب نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ سیال سے 611

شکل ۲۴۰۔ سیال سے متمدد گھٹنے کے جوڑ کی انتصابی تراش۔

(برآن :Braune)۔

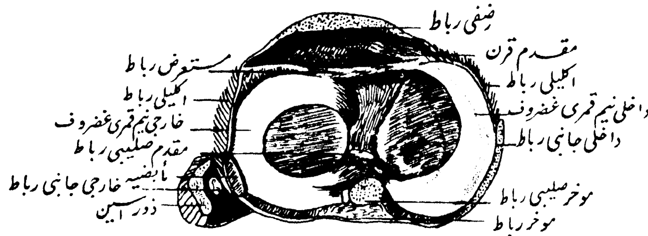
(ا) عضلۂ وسیعہ خارجہ۔ (ب) ساقیہ۔ (ج) ذوراسین کا چھوٹا سر۔ (د) لمبا سر۔ (ر) اخمصیہ۔ (س) گیسٹروکنیمیس۔ (ص) مابضیہ۔ (ط) سمکیہ۔ (ع) عضلۂ قصبیہ موخر۔ (ف) رضفی درجک۔ (ق) رضفی رباط۔ (ك) مخاطی رباط۔ (ل) مقدم صلیبی رباط۔ (م) خارجی نیم قمری غضروف۔ ۱۔ خارجی مابضی عصب۔ ۲۔ مابضی شریان۔

متمدد ہونے کی حالت میں انصباب چپنی سے اوپر اور اس کے اطراف پر زلالی تاجیہ کے ابھر آنے سے جو یہاں دوسرے مقامات کی نسبت سطح سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے جلد ظاہر ہو جاتا ہے۔ تموج جلد ہی شناخت کیا جا سکتا ہے اور چونکہ چپنی عظم فخذی سے دور ہٹ جاتی ہے اس لئے یہ کہا جاتا ہے کہ یہ تمدد پیدا کرنے والے سیال پر "تیر رہی ہے" (شکل ۱۴۰)۔

اگر ملتہب گھٹنے کے جوڑ کو علاج کے بغیر چھوڑ دیا جائے تو یہ تقریباً ہمیشہ نیم خم کردگی کی وضع اختیار کر لیتا ہے۔ یہ اسکی وضعِ سکون ہے۔ اس وضع میں عضلات ڈھیلے ہو جاتے ہیں، اور جوڑ کی سطحوں پر دباؤ نہیں ڈالتے۔ رباطات تنیدہ نہیں رہتے اور جوڑ کی گنجائش سیال بڑھ جاتی ہے۔ 612

نیم قمری غضروفوں (semilunar cartilages) **یا ہلالیوں** (menisci) **کا خلع**۔ ان غضروفوں میں سے ہر ایک اپنی چسپیدگیوں سے جو قصبیہ (tibia) کے ساتھ ہوتی ہیں علٰحدہ ہو سکتی ہے، اور اس ہڈی اور عظم فخذی کے درمیان پکڑی جا سکتی ہے یا پھنس سکتی ہے۔ یہ حادثہ کان کنوں میں جو جھک کر کام کرتے ہیں اور ان تمام اشخاص میں جو سخت کھیلوں اور ورزشوں میں حصہ لیتے ہیں خاص طور پر زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جارحہ میں دفعتہً درد پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی گھٹنا خم کردگی کی حالت میں مثبت ہو جاتا ہے۔ یہ حادثہ بالعموم گھٹنے کے جوڑ کے کم و بیش خمیدہ ہونے کی حالت میں ٹانگ کے مروڑے جانے سے واقع ہوتا ہے۔ مگر جیسا کہ والٹن (Walton) کا خیال ہے یہ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اس کا موثر سبب جوڑ کا اس طرح مروڑا جانا ہے کہ عظم فخذی کے قندال اور قصبیہ (tibia) کے حدبہ جات مخالف سمتوں میں گردش کریں۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی بے ترتیبی کے ۲۰۰ واقعات سے بینیٹ (Bennette) نے یہ دریافت کیا ہے کہ ان میں سے داخلی غضروف ۱۵۵ واقعات میں اور خارجی صرف ۴۵ میں ماؤف تھی۔ یہ بے ترتیبی بائیں گھٹنے میں دائیں کی نسبت تقریباً تین گنا کثرت سے واقع ہوئی تھی۔ اور یہ ضرر مردوں میں عورتوں کی نسبت ۹ گنا کثرت سے پایا گیا تھا۔ داخلی نیم قمری غضروف کا مقدم سرا بالعموم کوفتہ اور اپنی قصبیتی چسپیدگی سے دریدہ پایا جاتا ہے۔ داخلی نیم قمری غضروف کے مقدم حصہ کو ضرر پہنچنے کے امکان کو سمجھنے کے لئے

ہم کو اس طریقہ کا جس سے اس کی وضع برقرار رہتی ہے، اور ان حرکات کا جو اس میں واقع ہوتے ہیں، اور اس بار کا جو سخت ورزش کرنے والے اشخاص میں اس پر پڑتا ہے بغور مطالعہ کرنا چاہیئے۔ گھٹنے کی بسط کردگی کی حالت میں غیر وضعیت زیادہ آسانی سے واقع نہیں ہوتی کیونکہ غضروفات مفصلی سطحوں کے رباطات کی تنیدگی اور جوڑ کے اردگرد کے عضلات کے فعال انقباض سے ٹھیک طور پر آپس میں مل جانے کی وجہ سے اس طرح مثبت ہو جاتے ہیں کہ ہل نہیں سکتے۔ جب یہ جوڑ جزوی طور پر خم کردہ ہوتا ہے تو داخلی غضروف مندرجہ ذیل 613



شکل ۱۴۱ نیم قمری غضروفات کی تثبیت اور انکے حرکات کو ظاہر کرتی ہے۔
قصبیہ کے باہر کی طرف یا عظم فخذی کے اندر کی طرف گھوم جانے کی حالت میں داخلی نیم قمری غضروف جو وضع اختیار کرتی ہے وہ سرخ دکھائی گئی ہے۔

ساختوں کے ذریعہ سے مثبت ہوتی ہے۔ (۱) اپنے مقدم قرن کے ذریعہ سے جو ضفی رباط (ligamentum patellæ) کی چسپیدگی سے اوپر اور پیچھے، جوڑ کے کہفہ کے باہر قصبیہ (tibia) کے ساتھ چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۱)۔ (۲) مستعرض رباط کے ذریعہ سے خارجی غضروف کے مقدم حصہ کے ساتھ (شکل ۱۴۱)۔ (۳) اکلیلی رباط (coronary ligament) کے ذریعہ سے جوڑ کے کیسہ اور داخلی جانبی رباط کے ساتھ۔ اس رباط کے مقدم ریشے طویل ترین ہوتے ہیں (شکل ۱۴۱)۔

جب جوڑ مثبت ہوتا ہے تو دونوں غضروفات اور خاصکر داخلی پیچھے کی طرف کو

پھنس جاتے ہیں۔ اب اگر زوراسین (biceps) قصبیہ کو دفعتہً باہر کی طرف کو گھما دے تو مقدم قرن اس ہڈی کے ساتھ آگے کی اور باہر کی طرف کو چلا جائے گا در آنحالیکہ موخر قرن داخلی جانبی رباط سے عظم فخذی کے داخلی قندال سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اس طرح داخلی غضروف کے مقدم حصہ پر سخت بار پڑتا ہے اور یہ اس وضع پر آجاتا ہے جو شکل ۱۴۱ میں ظاہر کی گئی ہے۔ جب پاؤں اور قصبیہ مثبت ہوں اور عظم فخذی اندر کی طرف کو گھوم جائے جیسا کہ بسط کردگی کی تکمیل پر ہوتا ہے تو بھی اسی قسم کا بار پڑتا ہے۔ داخلی نیم قمری غضروف کا کمزور ترین مقام اس کے مقدم ثلث کے باریک اندرونی ہلالی حاشیہ پر ہوتا ہے۔ اور جزوی انشقاق اسی مقام پر بالعموم واقع ہوتا ہے۔ شدید درد کی وجہ انشقاق اور یہ امر ہے کہ اس بار سے غضروف قصبیہ اور فخذی کے درمیان فانہ کی طرح آجاتی ہے، اور اس طرح یہ ہڈیاں ایک دوسرے سے زور سے دور ہٹتی ہیں اور اس جوڑ کے مضبوط رباطات کی دفعتہً بیش توسیع ہو جاتی ہے۔ 614

خارجی نیم قمری غضروف داخلی سے زیادہ چھوٹا، زیادہ گول اور زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔ اور شاید انہی وجوہ سے اس کے ہڈیوں کے درمیان "پکڑے جانیکا" کم امکان ہوتا ہے۔ یہ موخر صلیبی رباط (posterior crucial ligament) کے ذریعہ سے کسی حد تک عظم فخذی سے چسپیدہ ہوتی ہے، اور عضلہ مابضیہ (popliteus) کے وتر سے اس میں ایک میزاب بنا ہوتا ہے۔ اس کے محفوظ رہنے کے یہی دو اسباب ہیں (شکل ۱۴۱)۔ یہ امر حیرت انگیز ہے کہ اس قسم کی ضرر رسیدہ غضروفوں کا استیصال کیا جا سکتا ہے اور پھر بھی جوڑ کی حرکتیں مکمل طور پر واپس آجاتی ہیں۔

روح الرکبہ (genu valgum) یا گھٹنوں کا ٹکرانا (knock-knee)۔

اس عارضہ سے جو مناظر پیدا ہوتے ہیں وہ مشہور معروف ہیں۔ جب تندرست انسان پاؤں جوڑ کر سیدھا کھڑا ہوتا ہے تو قصبیتی ہڈیاں تقریباً انتصابی حالت میں ہوتی ہیں اور فخذی ہڈیاں ان سے ایک خاص زاویہ قصبیتی فخذی زاویہ (tibio-femoral angle) پر ملتی ہیں۔ اس زاویہ کی مقدار کا انحصار طبعی موضوعات میں زیادہ تر حوض کے اضافی عرض پر ہوتا ہے۔ روح الرکبہ (genu valgum) میں یہ زاویہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔

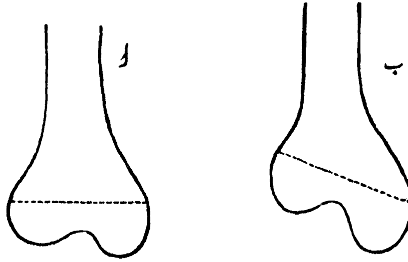
قصبیہ جانے (tibiæ) سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں انتصابی نہیں رہتے۔ ان کے زیریں سرے خط وسطی سے زیادہ منحرف ہوتے جاتے ہیں، حتیٰ کہ جب مریض سیدھا کھڑا ہوتا ہے اور جارحہ کو گردش دینے سے کسی بدشکلی کو نہیں چھپاتا تو دونوں ٹخنوں کے درمیان معتد بہ فاصلہ ہوجاتا ہے۔

روح الرکبہ (genu valgum) کے عارضہ کو سمجھنے کے لئے ہم کو ان عضلات کے فعل کی اہمیت اچھی طرح معلوم کرلینا چاہیئے جو گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی یا وسطانی جانب پر اتر کر آتے ہیں ـــــ نیم غشائی عضلہ (semimembranosus)، نیم وتری عضلہ (semitendinosus)، عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلہ خیاطیہ (sartorius)۔ سیدھا کھڑے ہوتے ہی ان عضلات میں تشنج یا انقباض کی ایک حالت پیدا ہوجاتی ہے۔ اور عضلہ باسطہ ذوا ربعۃ الرؤس (quadriceps extensor) ڈھیلا ہوجاتا ہے۔ گھٹنے کی وسطانی جانب پر سہارا دینے والے یہ عضلات قصبیہ کو حوض سے متعلق رکھتے ہیں اور اس طرح کھڑے ہونے کی حالت میں گھٹنے مستحکم ہوجاتے ہیں، اور یہ عضلی پٹیاں جسم کے وزن کو کسی حد تک برداشت کرتی ہیں۔ روح الرکبہ (genu valgum) کی پیدائش کا پہلا مرحلہ عمومی وضعی عضلات کا ناقص فعل ـــ تحلیل قوت ـــ ہے،
615 جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ (۱) داخلی جانبی رباط پر ایک بار پڑتا ہے، اور (۲) داخلی فخذی قندال اور قصبیتی حدبیہ کے درمیان ایک رخنہ ظاہر ہوجانے کا رجحان پیدا ہوجاتا ہے۔ جوڑ کی سطحوں پر کے دباؤ متغیر ہوجاتے ہیں اور اس تغیر کے ساتھ ہی جوڑ کے قریب جوار کی ہڈیوں کی بالیدگی میں بھی تبدیلی پیدا ہوجاتی ہے کیونکہ قانون وُلف (Wolff's law) کے مطابق ہر ایک ہڈی کی بالیدگی اس دباؤ سے منتظم رہتی ہے جو اس پر پڑتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اندرونی فخذی قندال اور قصبیتی حدبیہ میں بیش بالیدگی پیدا ہوجاتی ہے جبکہ اندر کی طرف سے سہارا دینے والے عضلات کے فشل کی وجہ سے ان پر دباؤ نہیں پڑتا۔ کم عمر بچوں میں بربالی خطوط کے متصلہ حصوں میں جو ترچھی وضع اختیار کرلیتے ہیں بیش بالیدگی پیدا ہوجاتی ہے۔ یہ بیش بالیدگی بربالی خطوط کی پوری کی جانب پر ہوتی ہے اور قندالی جانب پر نہیں ہوتی (شکل ۱۴۲)۔ قندالوں کے مقدم موخر طول میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ لہذا بیٹھنے پر

جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو جاتا ہے، بدشکلی غائب ہو جاتی ہے۔

چپنی کے کسور۔ یہ ہڈی جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت عضلی زور سے زیادہ کثرت سے ٹوٹتی ہے۔ اگرچہ چپنی عضلی زور اور بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتی ہے مگر یہ ظاہر ہے کہ قبل الذکر عامل سے یہ ضرر زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ ہیملٹن (Hamilton) نے سادہ مستعرض کسر کے جو ۱۲۷ واقعات جمع کئے ہیں ان کے متعلق اسکا یہ خیال ہے کہ ۱۰۶ امثالوں میں عضلی فعل تضرر کا باعث تھا۔

کسر کی جو قسم عضلی زور سے پیدا ہوتی ہے اس میں بہت یکسانیت پائی جاتی ہے۔

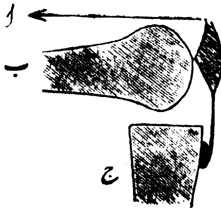


شکل ۱۴۲۔ ا۔ طبعی عظم فخذی۔ ب۔ عظم فخذی روح الرکبہ کی ترقی یافتہ حالت میں جس سے داخلی قندال کی کلانی ظاہر ہوتی ہے۔
نقطہ دار خط ہر ایک خاکہ میں بربالہ کے خط کو ظاہر کرتا ہے۔

616 یہ تقریباً ہمیشہ مستعرض اور سادہ ہوتا ہے، اور اس ہڈی کے مرکز پر سے یا اس نقطہ کے عین اوپر یا نیچے سے گذرتا ہے۔ گھٹنے کی جو وضع عضلی فعل کے ذریعہ سے کسر واقع ہونے کی سب سے زیادہ مساعدت کرتی ہے وہ خم کردگی کی وضع ہے۔ جب گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے تو چپنی صرف اپنے مستعرض محور پر ہی فخذی قندالوں پر متمکن ہوتی ہے۔ اس کا تقریباً تمام بالائی نصف پیچھے کی طرف بغیر سہارے کے ہوتا ہے، اور عضلہ باسطہ اس خط کی سمت میں فعل کرتا ہے

جو اس ہڈی کے انتصابی محور سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے۔چنانچہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) کے شدید انقباض سے چپنی بعض اوقات قندال پر سے اس طرح ٹوٹ جاتی ہے جیسا کہ کوئی چھڑی گھٹنے پر رکھ کر توڑی جاتی ہے (شکل ۱۴۳)۔چونکہ کسر سے مریض بالعموم گرجاتا ہے اس لئے یہ فرض کرلیا گیا ہے کہ کسر سابق عضلی فعل سے پیدا ہونے کی بجائے گھٹنے کے زمین پر لگنے سے پیدا ہوتا ہوگا لیکن جیسا کہ ہیملٹن (Hamilton) نے اشارہ کیا ہے اگر کوئی شخص خمیدہ گھٹنے کے بل گرے جبکہ جارحہ بھی دھڑ پر خم کردہ ہو تو زمین پر جو حصہ لگتا ہے وہ چپنی نہیں ہوتی بلکہ قصبیہ کا درنہ (tubercle) ہوتا ہے۔

واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ ضرر نہ صرف ہڈی پر ہی اثر انداز ہوتا ہے، بلکہ اس غضروف اور لیفی بافتوں پر بھی اثر کرتا ہے جو علی الترتیب اس کو پیچھے اور آگے سے ڈھکتی ہیں۔ زلالی غشا بھی دریدہ ہو جاتی ہے۔اور رضفی درجک (patellar bursa) کھل جاتی ہے۔اس طرح زلالی مشمولات بعض اوقات درحقیقت جلد سے مس کرنے لگتے ہیں۔ان تمام واقعات میں جن میں ٹکڑوں میں بہت سی علیحدگی پائی جاتی ہے اس لیفی پھیلاؤ کی دریدگی بھی ضرور ہی ہوتی ہے جو چپنی کی ہر ایک طرف چسپیدہ ہوتا ہے۔یہ ایک واقعہ ہے کہ جب تک کہ یہ پھیلاؤ منشق نہ ہو جائے خفیف سی علیحدگی کے علاوہ اور کسی قسم کی علیحدگی ممکن نہیں ہوتی۔ براآن (Braune) نے جانبی رباطی ساختوں کو نقصان پہنچانے کے بغیر چپنی کو آری سے کاٹنے سے اور یہ معلوم کرنے سے کہ جب تک یہ ساختیں نہ کاٹ دی جائیں ٹکڑوں کی صرف ذرا سی علیحدگی ہی ممکن ہے اس امر کا مظاہرہ تجربہ سے کیا ہے۔اس قسم کے کسر میں ٹکڑوں کے درمیان صفاق (aponeurosis) کی دریدہ جھالروں کے آجانے سے عظمی اتحاد واقع نہیں ہوتا تا وقتیکہ ان کو آزاد کرنے اور ہڈی کے ٹکڑوں کو تار سے باندھنے کا عملیہ نہ سرانجام دیا جائے۔ 617



شکل ۱۴۳۔یہ شکل چپنی کے اس کسر کو ظاہر کرتی ہے جو عضلی فعل سے واقع ہوتا ہے۔
ا۔عضلہ ذوار بعۃ الرؤس کا خط فعل۔
ب۔عظم فخذی۔ج۔قصبیہ۔

چپنی عضلی تشدد سے باسط وتر یا رباط رضفی (ligamentum patellæ) کی نسبت زیادہ آسانی سے ٹوٹتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ دیکھا جاتا ہے (شکل ۴۴۲) کہ یہ ہڈی دوسری ساختوں کے مقابلہ میں بہت ناساعد وضع میں ہوتی ہے۔ ریشیٹ (Richet) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں عضلہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) کے شدید انقباض سے قصبیہ (tibia) کا درنہ ہڈی سے قریبی تعلق رکھنے والے دوسرے حصوں کے کسی ضرر کے بغیر علٰحدہ ہو گیا تھا۔

نجمی الشکل (stellate) کسور میں جو بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں باسط وتر کا لیفی پھیلاؤ صحیح و سالم رہتا ہے، اور شکستہ ہڈی کے حصوں میں کچھ علٰحدگی پیدا نہیں ہونے دیتا۔

بعض اوقات چپنی خلقی طور پر غائب ہوتی ہے۔ یہ عضلہ ذوار بعۃ الرؤس (qadriceps) کے وتر میں نمو پاتی ہے۔ اور دوسرے سال کے اختتام تک غضروفی رہتی ہے۔ سیسمانی الاصل ہونے کے باوجود اس ہڈی کو کسر کے بعد اگر تار سے کس کر باندھ دیا جائے تو اس میں مضبوط عظمی اتحاد واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی رسد خون گھٹنے کے گرد کی تقریباً تمام شریانوں سے آتی ہے۔

چپنی کا خلع ۔ یہ ہڈی باہر کی یا اندر کی طرف کو مخلوع ہو سکتی ہے، یا یہ کور کے بل کھڑی ہو جاتی ہے جس سے اس کی مقدم اور موخر سطحیں جانبی بنجاتی ہیں۔ باہر کی طرف 618
کا خلع نہایت ہی کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ اس امر پر منحصر ہے کہ عضلہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps) چپنی اور رضفی رباط (ligamentum patellæ) سب کے سب عضلہ کے منقبض ہونے کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کی سیدھ میں حرکت نہیں کرتے۔ یہ زیادہ تر اس خط کی سیدھ میں ہوتے ہیں جو اُس زاویہ کے باہر کی طرف سے گذرتا ہے جو گھٹنے کے جوڑ پر عظم فخذی اور ٹانگ سے بنتا ہے۔ لہٰذا عضلی انقباض کا میلان چپنی کو باہر کی طرف کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس میلان کی تصحیح تمام طبعی حالتوں میں خارجی تنداُل کے زیادہ مرتفع ہونے سے ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ بھی کہا جاتا ہے کہ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) داخلہ کی نسبت زیادہ قوی ہوتا ہے، یا

عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) بعض اوقات جزوی طور پر مشلول ہوتا ہے (ڈی۔ گریگ : D. Greig)۔ ناشرہ ردائیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris) کی ایک چسپیدگی فخذی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کی وساطت سے چپنی سے ہوتی ہے۔ بعض مریض اس عضلہ کو دفعتہً فعل میں لانے سے چپنی کا بیرونی خلع اختیاری طور پر پیدا کر سکتے ہیں۔ خلوع بالعموم جوڑ کی بسط کردگی کی حالت میں واقع ہوتے ہیں اور عموماً عضلی فعل سے پیدا ہوتے ہیں۔

گھٹنے کے خلوع میں جو بہت نادر الوقوع ہیں قصبیہ (tibia) باہر کیطرف کو یا اندر کیطرف کو یا آگے کیطرف کو یا پیچھے کی طرف کو ہٹ سکتی ہے۔ دونوں جانبی خلوع مقدم موخر خلوع کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ ایسے مخلوع جوڑوں کا لاشعاعوں کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قصبیتی شوکہ (tibial spine) یا تو ٹوٹ جاتا ہے یا کسی ایک صلیبی رباط کے قصبیتی منتہی کے ساتھ علٰحدہ ہو جاتا ہے۔ قصبیہ کے شوکہ کا اضلال جو فخذی قندالوں کے درمیان ہوتا ہے جانبی خلع کو رکاوٹ پیش کرتا ہے۔ قبل الذکر خلوع تقریباً ہمیشہ جزوی ہوتے ہیں اور موخر الذکر بالعموم مکمل۔ رباطات اور عضلات کے بہت مضبوط اور متعلقہ ہڈیوں کے بہت چوڑا ہونے کی وجہ سے ان خلوع کی پیدائش کے لئے بہت سے تشدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ قصبیہ (tibia) یا عظم فخذی پر کا بلا واسطہ تشدد جس کے ساتھ قبل الذکر بھی اکثر مروڑ ہی جاتی ہے اس ضرر کا عام سبب ہے۔

اغلب ہے کہ گھٹنے کے جملہ خلوع میں صلیبی رباطات (crucial ligaments)
619 ٹوٹ جاتے ہوں۔ جانبی رباطات بھی بالعموم منشق ہو جاتے ہیں، لیکن جزوی خلوع میں یہ بعض اوقات صحیح و سالم پائے جاتے ہیں۔ عضلات وسیعہ (vasti) کا وتری پھیلاؤ جو گھٹنے کے سامنے ہوتا ہے جزوی خلوع میں بھی کسیقدر دریدگی سے شاذ و نادر ہی محفوظ رہتا ہے۔ ڈاکٹر ایف۔ ایس۔ میکنزی (F. S. Mackenzie) نے مردہ جسم پر تجربہ کرنے سے یہ دریافت کیا ہے کہ صلیبی رباطات کو کاٹ دینے کے بعد بھی اس طاقت پر کوئی مادی اثر نہیں ہوتا جو گھٹنے کے جوڑ کا خلع پیدا کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے۔ اس نے یہ بھی معلوم کیا کہ آٹھ تجربوں میں سے سات میں کسر واقع نہیں ہوا بلکہ خلع پیدا ہوا، درآنحالیکہ

زندگی میں کسر نہایت عام ہوتا ہے۔ ان امور سے وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ جوڑ کی قوت کا انحصار اردگرد کے رباطات کی نسبت اردگرد کے عضلات پر ہے۔

مابضی عروق (popliteal vessels) اور اعصاب خلفی غیر وضعیت میں قصبیہ سے متاثر ہونے کی نسبت مقدم خلع میں عظم فخذی سے زیادہ مضغوط ہو جاتے ہیں اور بظاہر زیادہ شدید طور پر ضرر رسیدہ پائے جاتے ہیں۔

فخذی کا زیریں سرا۔ فخذی کا قندالی حصہ تقریباً سب کا سب ٹھوس ہڈی کی ایک باریک سی تہ کے سوائے شبکئی ہڈی سے مرکب ہوتا ہے۔ یہ اتنا اسفنجی ہوتا ہے کہ گولی ہڈی کو ریزہ ریزہ کرنے اور مفصل کو نقصان پہنچانے کے بغیر اس کو منثقب کر دیتی ہے، جیسا کہ لی گوئیسٹ (Legouest) نے اشارہ کیا ہے۔ اس ہڈی کے زیریں سرے میں جو جو کسور پائے جا سکتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں:۔ (۱) پوری کا کسر قندالوں سے اوپر۔ (۲) زیریں بربالہ کی علیحدگی۔ (۳) ایسا کسر جو بیرونی یا اندرونی قندال کو علیحدہ کر دیتا ہے۔ (۴) ٹی (T) کی شکل کا ایک کسر یعنی مستعرض کسر جو قندالوں سے اوپر واقع ہوتا ہے، اور جس کا انتصابی حصہ ان زائدوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ ضررات قاعدۃً ایسی بلاواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو اچھی طرح سے مختص المقام ہو۔ کسور اوہم بالواسطہ چوٹ مثلاً بلندی پر سے پاؤں کے بل گرنے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ سر ہنری مورس (Sir Henry Morris) کا یہ بیان ہے کہ جانبی خم کردگی یا جانبی رخ میں لگائی ہوئی قوت بربالہ کو علیحدہ کرنے کے لئے موزوں ترین ہوتی ہے۔ یہاں صرف ایک ہی کسر کے خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے، اور وہ پوری کا وہ کسر ہے جو قندالوں سے عین اوپر ہوتا ہے۔ یہ ضرر بربالہ کے خط سے تقریباً ۲ انچ اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اس مقام کا متناظر ہوتا ہے جہاں ٹھوس ہڈی کی پوری اس ہڈی کے زیریں سرے کی زیادہ نرم اور زیادہ شبکئی بافت سے ملتی ہے۔ نیز یہ اس جگہ کے بھی قریب ہوتا ہے جہاں فخذی شریان ہڈی کو عبور کر کے مابض میں پہنچتی ہے۔ اس لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ اس خاص ضرر میں یہ عرق ہڈی کی کرچوں سے زخمی ہو گیا ہے۔ یہ کسر بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی طرف کو ترچھا واقع ہوتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا انہی عضلات سے اوپر کھینچ جاتا ہے جو پوری کے کسور میں قصر پیدا کرتے ہیں 620

(صفحہ 597) ۔ اور اس کے تیز بالائی سرے کے گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے ذریعہ سے مابضی فضا میں زور سے کھنچ جانے کا امکان ہوتا ہے ۔ موخرالذکر غیر وضعیت کو درست کرنا مشکل ہوتا ہے ۔ اگر جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہو تو یہ ٹکڑا ربلہ میں اور زیادہ کھنچ جاتا ہے اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ سیدھا دکھائی دے اور اس پر بھی گھٹنا بہت خمیدہ ہو ۔ گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے انقباض کا رجحان نیچے کے فخذی ٹکڑے کو مابضی فضا میں برقرار رکھنے کی طرف ہوتا ہے ۔ اور اسی لئے اخیلی وتر (tendo Achillis)(عقبیتی :calcaneus) کو کاٹ دینے کی رائے پیش کی گئی ہے ۔ عضلات مقابل کے معکوس انقباض کو جارحہ پر مسلسل جر کا استعمال کرنے سے رفع کیا جا سکتا ہے ۔ فخذی کے نیچے کے ٹکڑے کو ٹانگ کو ران پر مکمل طور پر خمیدہ کرنے سے اس کی جگہ پر پھر قائم کیا جا سکتا ہے ۔ (ہچنسن :Hutchinson اور برنارڈ :Barnard)۔

قصبیہ (tibia) کے بالائی سرے میں بعض اوقات کسر واقع ہوتا ہے، گو اس ہڈی کے تمام حصوں میں سے اس کا بالائی ایک تہائی حصہ وہ حصہ ہے جو سب سے کم مکسور ہوتا ہے ۔ ہر ایک حدبہ بھی ٹوٹ سکتا ہے ۔ یا پوری کے بالائی سرے میں مستعرض یا ترچھا کسر واقع ہو سکتا ہے جس کے ساتھ ایک انشعابی کسر بھی ہوتا ہے جو دونوں حدبہ جات کے درمیان سے جوڑ کے اندر تک چلا جاتا ہے ۔ ایسے حادثات تقریباً ہمیشہ شدید بلاواسطہ چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں ۔

درنہ (tubercle) اکثر واقعات میں اس بربالی مرکز کی توسیع سے متعظم ہوتا ہے جو قصبیہ کے اوپر کے سرے کے لئے ہوتا ہے ۔ مگر بعض اوقات اس کا مرکز
621 علیحدہ بھی ہوتا ہے (شلیٹر :Schlatter)۔ ریعان میں مقدم درنہ کے اوپر کا بربالی لب بعض اوقات مرتفع اور الیم ہوتا ہے اور بظاہر علیحدہ پایا جاتا ہے ۔ یہ حالت بعض اوقات کسر کی ایک قسم تصور کی جاتی ہے مگر یہ غالباً عام طور پر کم درجہ کی قشبیت کے سرائتی عمل سے ابتدائً پیدا ہوتی ہے (شلیٹر کا مرض :Schlatter's disease)۔

اس ہڈی کے سر میں اور فخذی کے زیرین سرے میں جو اسفنجی بافت ہوتی ہے وہ مخی سلعہ (myeloma) کے لئے بدرجہ اولی ایک مساعد مقام ہے ۔

گھٹنے کے جوڑ کا استقصا کرتے وقت سر رابرٹ جونز (Sir Robert Jones) پہلے جوڑ کو عملیتی میز کے سرے پر خمیدہ کر لیتا ہے۔ اور اسے حتی الامکان اسی وضع میں قائم رکھتا ہے کیونکہ اگر یہ ہل جائے تو یہ ہوا چوس لیتا ہے، اور اسکے ساتھ بعض اوقات سرائیت اندر پہنچ جاتی ہے۔ وہ جوڑ کو ایک انتصابی شگاف سے کھولتا ہے جس سے چپنی اور رضفی رباط (ligamentum patellæ) دائیں اور بائیں نصف حصوں میں کاٹ دئے جاتے ہیں۔ یہ کھف کے جوڑ کیلئے عبور رضفی (transpatellar) راستہ ہے۔

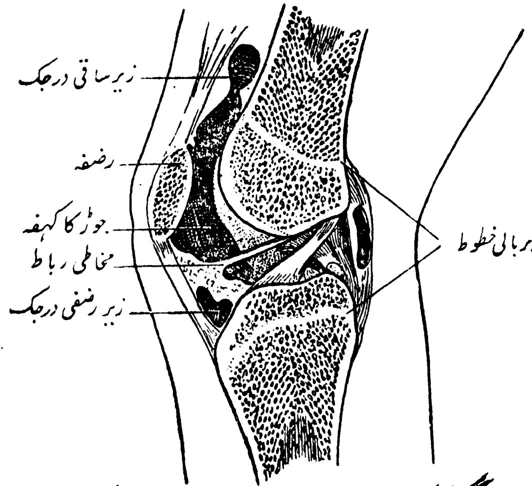
نعل نما شگاف میں سے، جو ایک قندال کے پیچھے سے شروع کیا جاتا ہے اور رضفی رباط (ligamentum patellæ) کے اوپر سے لاکر دوسرے قندال کے پیچھے ختم کر دیا جاتا ہے، گھٹنے کے جوڑ کا استیصال کرتے وقت مندرجۂ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں:۔ جلد، ردا، اعصاب کا رضفی ضفیرہ، (جو وسطی اور اندرونی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب کی رضفی شاخ سے بنتا ہے)، رضفی درجک، کیسہ کا مقدم حصہ، رضفی رباط (ligamentum patellæ)، زلالی غشا، جانبی اور صلیبی رباطات، فوقانی اور تحتانی مفصلی شاخیں، تفمی کبیر (anastomotica magna) اور مقدم قصبیتی بازگرد عروق۔

داخلی قندال کے اوپر کا شگاف پیچھے کی طرف اتنا دور نہ ہونا چاہئے کہ اس سے داخلی صافنی ورید اور عصب بھی کٹ جائے۔ فخذی کو آری سے کاٹتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ہڈی کی مفصلی سطح کا صحیح صحیح میلان قائم رکھا جائے۔ اگر یہ اچھی طرح سے نہ کاٹی جائے گی تو مریض کی ٹانگ کمان کی طرح خمیدہ رہے گی، یا اس کے گھٹنے ٹکرائینگے، یا اسے خم کردگی یا خلفی انحنا کی شکایت رہے گی۔ لہذا قاعدہ یہ ہے کہ آری مفصلی سطح کے متوازی اور پوری سے عموداً رکھی جائے۔

کم عمر مریضوں میں اس امر کے متعلق ضرور احتیاط رکھنا چاہئے کہ آری کی کاٹیں بربالی خط کی دوسری طرف تک نہ جانے پائیں۔ فخذی بربالہ کی بالائی حد ایک افقی خط سے 622
جو ہڈی پر سے عضلہ مقربہ کبیرہ کے درنہ کے لیول پر کھینچا جائے ظاہر کیجا سکتی ہے (شکل ۱۴۴)۔

اگر استیصال میں تمام بکری سطح (trochlear surface) علیحدہ کر دی جائے تو تمام بربالہ دور ہو جائے گا۔ اس بربالہ میں پیدائش سے بہت قلیل عرصہ پہلے ایک مجرد نوات پیدا ہوتا ہے اور وہ پوری سے ۲۰ - ۱۲ سال کی عمر میں متحد ہو جاتا ہے۔

قصبیتی بربالہ (tibial epiphysis) کے حدود جانبین پر اور پیچھے کی طرف اُس افقی خط سے ظاہر ہوتے ہیں جو عین حدیبہ جات کی نشان دہی کرتا ہے۔ اس لئے



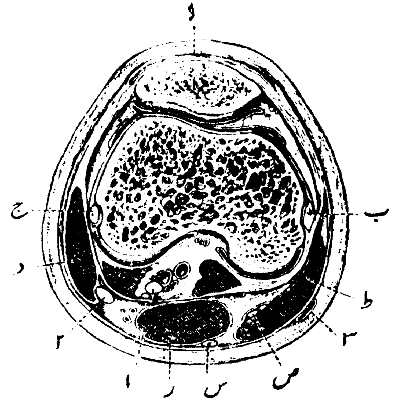
شکل ۱۴۴ - گھٹنے کے جوڑ کے قرب و جوار کے بربالی خطوط اور ان کا تعلق زلابی غشا سے - (ایلن تھامسن Allen Thomson: کے مطابق)۔

اس میں وہ نشیب بھی شامل ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے منتہی کے لئے ہوتا ہے، اور وہ رخچہ بھی جو شنظیہ (fibula) کے لئے ہوتا ہے۔ سامنے 623
کی طرف بربالی خط ہر ایک جانب پر ایک نقطہ تک ڈھلتا چلا جاتا ہے جو پیش ساق کے بالائی سرے پر ہوتا ہے، اور اس طرح یہ قصبیہ کے تمام درنہ کو گھیر لیتا ہے۔

یہ مرکز اصلی ہڈی سے اکیسویں یا بائیسویں سال پر متحد ہوتا ہے۔

اس جوڑ کا استیصال کرتے وقت مابضی شریان (popliteal artery) کے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اس عرق اور عظم فخذی کی مابضی سطح میں کچھ فاصلہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۵)، مگر یہ قصبیہ سے بہت قریبی تعلق رکھتا ہے اور اس ہڈی کے بالائی لیول پر صرف موخر رباط ہی ان کے درمیان حائل ہوتا ہے، اس لئے عظم فخذی کے زیرین حصہ کو دور کرنے کی نسبت قصبیہ کو آری سے کاٹتے وقت اس شریان کے زخمی ہونے کا خطرہ زیادہ ہوتا ہے۔

گھٹنے کے استیصال (excision of the knee) کی جگہ خاصکر بچوں اور نوجوانوں میں زیادہ تر مفصل برآری (arthrectomy) سرانجام دی جاتی ہے۔



شکل ۱۴۵۔ بائیں گھٹنے کے جوڑ کی مستعرض تراش چپنی کے مرکز پر سے۔ (براَن :Braune)۔

ا۔ رضفی ورجک۔ ب۔ داخلی جانبی رباط اور اندرونی قندال۔ ج۔ خارجی جانبی رباط اور بیرونی قندال۔ د۔ ذوراسین۔ ر۔ نیم غشائی عضلہ۔ س۔ نیم وتری عضلہ۔ ص۔ عضلہ رشیقیہ کا وتر۔ ط۔ عضلہ خیاطیہ۔ ۱۔ داخلی مابضی عصب۔ ۲۔ خارجی مابضی عصب۔ ۳۔ داخلی صافنی ورید۔

گھٹنے کے جوڑ کی مسیلیت۔ جوڑ کی بہت سی پیچیدگی کی وجہ سے سرائت حاد کے واقعات میں جراحی مسیلیت کا عمل میں لانا اور اسے برقرار رکھنا مشکل ہوتا ہے۔ شکل ۱۴۴ کو دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ جوڑ کے تمام کہفہ کو صرف مقدم شگافات ہی سے مناسب طور پر نہیں کھولا جا سکتا۔ قندالوں کی پچھلی طرف پر بھی وہاں کی زلالی جیبوں کو کھولنے کے لئے شگاف دینے ضروری ہوتے ہیں۔ مابضی عروق (popliteal vessels) کے باہر کی طرف بھی اس جیب کی مسیلیت کے لئے جو عضلہ مابضیہ (popliteus) سے تعلق رکھتی ہے اکثر پانچواں شگاف دینا ضروری ہوتا ہے۔

324 بعض اوقات اس حالت میں بھی پہلے چند دنوں کے بعد سیلیت ناکافی ثابت ہوتی ہے۔ اور خطرناک حالت میں سب سے بہتر یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کو یو (U) کی شکل کے ایک شگاف سے جو رضفی رباط (ligamentum patellæ) پر سے اس کو کاٹتا ہوا گذرے کھولدیا جائے اور جوڑ کو اسی طرح خوب کشادہ رہنے دیا جائے تاوقتیکہ یہ اتنا صاف نہ ہوجائے کہ اسے بند کیا جاسکے۔

گھٹنے کے جوڑ کے لئے سکون۔ گھٹنے کے ضربات اور امراض کے ابتدائی مدارج میں جراح کا پہلا مقصد یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کے لئے سکون مہیا کرے، اور دوسرا اور بعد کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ اس کے فعل کو از سر نو قائم کرے۔ نیز گھٹنے کے جوڑ کو سکون دینے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کولے کے اور ٹخنے کے جوڑوں کو بھی سکون دیا جائے۔ کیونکہ بہت سے عضلات جو گھٹنے پر فعل کرتے ہیں کولے اور ٹخنے پر بھی فعل کرتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ دوہرے جوڑوں والے عضلات کے فعل کو زائل نہیں کیا جاسکتا تاوقتیکہ ان تمام جوڑوں کو جن پر یہ فعل کرتے ہیں ساکن نہ کردیا جائے۔ حاد درجہ کے اختتام کے ساتھ ہی یہ ضروری ہوتا ہے کہ ساکن کئے ہوئے عضلات کے افعال کی تجدید کی جائے۔ ایسا فعال اور منفعل حرکات سے کیا جاسکتا ہے، جن میں جارحہ اسفل کے تمام جوڑ لازمی طور پر حصہ لیں۔

گھٹنے کے جوڑ میں سے بتر۔ سٹیفن سمتھ کے ٹوپ دار مساوی جانبی دامن والے طریقہ (Stephen Smith's hooded equal lateral flap method) سے موزوں طور پر کیا جاسکتا ہے۔ مگر اس سے دو نقصان پیدا ہوتے ہیں یعنی (۱) اگر مصنوعی جوڑ دار جارحہ کا استعمال کیا جائے تو اس کا جوڑ لازمی طور پر طبعی جوڑ سے نیچے ہوتا ہے اس لئے مریض کے دونوں گھٹنوں کے لیول مختلف ہوجاتے ہیں۔ (۲) جو زلابی تاچہ پیچھے رہ جاتا ہے اس میں التہاب زلاب (synovitis) کے متوالی حملے واقع ہونیکا خطرہ ہوتا ہے۔ لہذا اکثر جراح فوق قندالی عملیہ مثلاً سٹوکس گرٹی (Stokes-Gritti) کے بتر کو یا ران کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کے بتر کو ترجیح دیتے ہیں۔

625

باب بست و پنجم
ٹانگ
(LEG)

سطحی تشریح۔ قصبیہ کا مقدم کنارہ جس سے پیش ساق کا فراز بنتا ہے تمام کا تمام محسوس کیا جا سکتا ہے۔ یہ کنارہ کسیقدر خمدار ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف یہ باہر کو اور نیچے کی طرف یہ اندر کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس ہڈی کی عریض اندرونی سطح زیر جلدی ہوتی ہے اور اس کے اندرونی کنارہ کا حدبیہ (وسطانی قصبیتی قندال (medial tibial condyle) سے لیکر کعبیہ (malleolus) تک تعاقب کیا جا سکتا ہے۔ شنظیہ (fibula) کا سر واضح طور پر شناخت کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اس کی پوری کا بالائی نصف عضلات کے اس تودہ کے نیچے غائب ہو جاتا ہے جو جارحہ کی باہر کی طرف پایا جاتا ہے۔ شنظیہ کی پوری کا زیریں نصف حصہ محسوس کیا جا سکتا ہے، اور یہ ہڈی کعبیہ کے عین اوپر عضلہ شنظیہ ثالثہ (peroneus tertitius) اور دوسرے دونوں شنظی عضلات کے درمیانی وقفہ میں زیر جلدی ہو جاتی ہے۔ شنظیہ (fibula) قصبیہ کی سیدھ سے اتنی پیچھے واقع ہوتی ہے کہ اگر اندر کیطرف سے قصبیہ کے پیچھے سے ٹانگ میں سے چاقو مستعرضاً گذارا جائے تو وہ باہر کیطرف شنظیہ کے آگے نکلے گا (شکل ۱۴۷)۔

قصبیہ اور شنظیہ کے درمیان عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کا خاکہ

جب کہ یہ اپنا فعل سرانجام دے رہا ہو اچھی طرح سے معلوم کیا جا سکتا ہے۔ اس کی باہر کی جانب پر عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کا کم نمایاں فراز ہوتا ہے۔ بخوبی نمو یافتہ جوارح میں وہ میزاب جو ان دونوں عضلات کو علیحدہ کرتا ہے بہت واضح ہوتا ہے۔ اور مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان کے لئے بہترین رہنما ہوتا ہے۔ ٹانگ کے زیرین ایک تہائی حصہ میں یہ عضلات وتری ہو جاتے ہیں، اور ان کے درمیان عضلہ باسطہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ (extensor longus hallucis)
626 سطح کی طرف آتا ہوا محسوس کیا جا سکتا ہے۔ طویل اور قصیر شظی (peroneal) عضلات شناخت کئے جا سکتے ہیں، اور ان کے اوتار کا تعاقب کعبیہ کے پیچھے تک کیا جا سکتا ہے۔

فعال انقباض کی حالت میں ان دونوں عضلات کے درمیان کا وقفہ اکثر بخوبی نمایاں ہو جاتا ہے۔ جب جسم پاؤں کی انگلیوں پر اٹھایا جاتا ہے تو گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) عضلہ اور سمکیہ (soleus) کے زیادہ سطحی حصے بخوبی دکھائی دیتے ہیں قبل الذکر کے دونوں سر اس حالت میں بہت واضح ہوتے ہیں، اور یہ بھی دیکھا جا سکتا ہے کہ اندرونی سر زیادہ بڑا ہوتا ہے اور ٹانگ میں زیادہ نیچے تک چلا آتا ہے۔

مابضی شریان (popliteal artery) قصبیہ (tibia) کے درنہ کے زیرین حصہ کے لبول پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے (شکل ۱۳۹ صفحہ 600)۔ موخر قصبیتی عروق (posterior tibial vessel) کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو گھٹنے کے خم کے زیرین حصہ پر سے جارحہ کے اندرونی اور بیرونی کناروں کے عین درمیان سے لیکر اندرونی کعبیہ اور ایڑی کے فراز کے درمیان کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے۔ یہ شریان ٹانگ کے زیرین ایک چوتھائی حصہ پر سطحی ہو جاتی ہے جہاں اخیلی وتر (tendo Achillis) (عقبیتی :calcaneus) اور قصبیہ کے درمیان اس کا نبضان محسوس کیا جا سکتا ہے۔ شظی شریان (peroneal artery) گھٹنے سے تین انچ نیچے نکلتی ہے لیور شظیہ (fibula) کے موخر اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ جا کر بیرونی کعبیہ کے پیچھے جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ مقدم قصبیتی شریان (anterior tibial artery) کا محل اس خط سے ظاہر کیا جا سکتا ہے جو مقدم قصبیتی درنہ کے بیرونی کنارہ اور شظیہ (fibula) کے سر کے بیرونی کنارہ کے

درمیانی فاصلہ کے وسط سے لیکر (پیمائش سے) دونوں کعبیوں کے درمیان کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے۔

دونوں صافنی وریدیں ٹانگ میں اکثر شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی یا بڑی ورید کعبیہ کے سامنے سے گذر کر قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ کے عین پیچھے سے اوپر کی طرف چلی جاتی ہے۔ قصیر صافنی ورید بیرونی کعبیہ کے پیچھے واقع ہوتی ہے' اور پنڈلی کے درمیانی حصہ پر سے اوپر کی طرف کو جاکر مابض پر ختم ہوجاتی ہے۔ خارجی صافنی عصب اس کے ساتھ ہوتا ہے۔

ٹانگ پر کی جلد زیادہ عمیق حصوں کے ساتھ ران کی نسبت کسیقدر زیادہ منضم ہوتی ہے۔ اس انضمام کی مقدار میں جو فرق ہوتا ہے وہ اُس وقت ظاہر ہوتا ہے جبکہ بتر کی حالتوں میں دونوں حصوں پر سے جلدی دامنوں کی تقطیع کی جاتی ہے۔ قصبیہ کی اندرونی سطح اور پیش ساق کے زیادہ حصہ پر جلد عین گرد عظمہ اور ہڈی پر واقع ہوتی ہے' اور سوائے زیر جلدی ردا کی تھوڑی سی مقدار کے ان کے درمیان اور کچھ حائل نہیں ہوتا۔ 627
چنانچہ اس مقام کی چوٹوں میں نہ صرف زیادہ درد ہی پایا جاتا ہے بلکہ جلد کی بہت سی کوفتگی اور دریدگی بھی پائی جاتی ہے۔ پیش ساق کی رگڑ اتنی چوٹ سے واقع ہوجاتی ہے جتنی کہ بخوبی محفوظ حصہ پر یا تو کچھ اثر نہیں رکھتی اور یا بہت کم اثر رکھتی ہے۔ ان حصوں پر کے (جو بہت ہی کم محفوظ ہیں) قروح زیادہ گہرا پھیل جانے سے ہڈی کو جلد معرا کر دیتے ہیں اور التہاب گرد عظمہ (periostitis) پیدا کر دیتے ہیں۔ عمیق قروح یا احتراقات کے بعد جو ندبہ جات باقی رہ جاتے ہیں وہ بھی ہڈی سے اکثر بالکل منضم پائے جاتے ہیں۔

صفاق (aponeurosis) گھٹنوں تک کسے ہوئے بوٹ کی طرح ٹانگ کو محصور کرتا ہے' اور یہ صرف ہڈیوں کی زیر جلدی سطح پر ہی موجود نہیں ہوتا (شکل ۱۴۷ اور ۱۴۸)۔ یہ قصبیہ (tibia) کے سر اور اس کے مقدم اور اندرونی کناروں اور شظیہ (fibula) کے سر اور دونوں کعبیوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف یہ ردائے عریض (fascia lata) سے اور نیچے کی طرف پاؤں کی ردا اور حلقی رباطات سے مسلسل ہوتا ہے۔ آگے کی طرف پیچھے کی طرف کی نسبت یہ زیادہ موٹا ہوتا ہے' اور ٹانگ کے بالائی حصہ پر

گھٹنے کے عین نیچے یہ خاص طور پر موٹا ہوتا ہے ۔ اس مقام پر یہ ردا ان سلعات کی بالیدگی کو جو قصبیہ کے سر سے پیدا ہوتے ہیں بہت مزاحم آتی ہے ۔ اس صفاق کی گہری سطح سے دو فاصل اندر کی طرف کو جاتے ہیں اور شظیہ (fibula) کے مقدم اور خارجی کناروں سے چسپیدہ ہو جاتے ہیں ۔ یہ دونوں بڑے شظی (peroneal) عضلات کو جارحہ کے دوسرے عضلات سے منفرد کر دیتے ہیں، اور ایک بند فضا بناتے ہیں جو بعض اوقات پیپ کا ایک واضح اور بخوبی مختص المقام کہف بنجاتی ہے ۔ گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) اور سکیہ (soleus) کے نیچے ردا کی ایک تہ دونوں ہڈیوں کے درمیان پھیلی ہوتی ہے ۔ اور یہ تہ عضلات کی عمیق تہ کو پوشیدہ کرتی ہے ۔ اس کا اوپر کا حصہ باریک مگر نیچے کا کثیف ہوتا ہے ۔ عمیق خراج کی ترقی کی رہنمائی کرنے میں اس کا کچھ حصہ ہوتا ہوگا ۔

جارحہ کی مشلول حالتوں میں ردائی پھیلاؤں اور غلافوں میں تقبضات واقع ہوجاتے ہیں ۔ اور جب جراح جارحہ کو اس کی طبعی حالت پر لانے کی کوشش کرتا ہے تو یہ مزاحمت کرتے ہیں (کالن میکنزی :Colin Mackenzie) ۔

ٹانگ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور باسطہ مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کے درمیان ایک فاصل ہوتا ہے جس کو مقدم قصبیتی شریان کے بالائی حصہ کے باندھنے کے لئے عملیہ سرانجام دیتے وقت تلاش کرنا ضروری ہوتا ہے ۔ 628

عضلہ سکیہ (soleus) کے جرم میں ایک وتری پھیلاؤ ہوتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ سے چسپیدہ ہوتا ہے ۔ موخر قصبیتی شریان (posterior tibial artery) کو بندش لگانے میں عضلہ سکیہ (soleus) میں سے کاٹتے وقت یہ ممکن ہوتا ہے کہ اس تقاطع کو غلطی سے اس عضلہ کی عمیق سطح پر کا صفاق تصور کر لیا جائے ۔

گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius) یا اخیلی وتر (tendo Achillis) بعض اوقات سخت ورزش سے منشق ہوجاتا ہے ۔ خاصکر جب کہ مریض ٹینس کا یا کوئی ایسا دوسرا جوتا پہنے ہو جس کی ایڑی اس جوتے سے کم اونچی ہو جو وہ عادتاً پہنتا ہے ۔ یہ حادثہ مشہور و معروف جان ہنٹر (John Hunter) کو رقص کرتے ہوئے پیش آیا تھا ۔ اخمصیہ (plantaris) کا

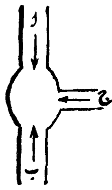
وتر بھی اکثر مستعرضاً پھٹ جاتا ہے جس سے ورزش کے دوران میں پنڈلی میں دفعتہً ایک چمک اٹھتی ہے۔

عروق۔ چونکہ ٹانگ کی تمام بڑی بڑی شریانیں ہڈیوں سے بہت قریب ہوتی ہیں اس لئے جارحہ کے کسور میں تیز ٹکڑوں سے ان کے زخمی ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ شظی (peroneal) شریان پر جو شظیہ (fibula) کے ساتھ ساتھ ایک لیفی قنال میں جاتی ہے خاص طور پر اس امر کا اطلاق ہوتا ہے۔ اور جو کسور اس ہڈی کے وسط پر واقع ہوتے ہیں ان میں اس کے زخمی ہونے کا معتدبہ خطرہ ہوتا ہے۔ جہاں مابضی شریان (popliteal artery) دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں سدادوں (emboli) کے خاص طور پر اٹک جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ اس عرق کو ڈاٹ لگا دیتے ہیں اور ٹانگ کی تینوں بڑی شریانوں کو تقریباً بند کر دیتے ہیں۔ لہذا اس واقعہ کے بعد گنگرین قلیل الوقوع نہیں ہوتی۔ یہ امر تعجب خیز ہے کہ جب ورید اور شریان دونوں کو بندش لگا دی جائے تو گنگرین کے واقع ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے (میکنس :Makins)۔

دوالی نما وریدیں (varicose veins) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت شائد بواسیری (hæmorrhoidal) یا منوی (spermatic) وریدوں کے سوا ٹانگ میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ اس حالت کا انحصار جارحۂ اسفل کی وریدوں کے طول کی زیادتی پر، اور خون کے ان بڑے بڑے ستونوں پر، جن کو ان کے مصاریع کو سہارا دینا پڑتا ہے، اور انکی انتصابی وضع پر، اور ان بڑے بڑے تنوں (حرقفی iliac) کے، جن میں یہ وریدیں انجام کار داخل ہوتی ہیں، مضغوط ہو جانے کے امکان پر، اور نیز اس امر پر ہے کہ سطحی وریدوں کے ردا سے باہر واقع ہونے کی وجہ سے ان کے دوران کو وہ مدد نہیں ملتی جو عضلی انقباض سے حاصل ہوتی ہے۔ طبیعی نقطۂ نگاہ سے عرقی نظام کو سیال کا ایک انتصابی ستون سمجھنا چاہئے۔ اس کی دیواروں پر اتنا ہی زیادہ دباؤ ہوگا جتنا نیچا کہ لیول ہوگا۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) پتلی دیواروں کی نمدپذیر نلیاں ہیں جو اس استوار دیواروں والے استوانہ سے جو ٹانگ اور انکی عمیق ردا سے بنتا ہے باہر واقع ہیں۔ اور جسم کے نیچے کے حصہ میں پائی جاتی ہیں جہاں 629

جاذبۂ زمین سے پیدا شدہ دباؤ سب سے زیادہ ہے (ہل : Hill)۔ گیٹسوں (garters) کا استعمال خاصکر طویل صافنی ورید پر اثر کرتا ہے جو ہڈی کے قریب اس مقام پر واقع ہوتی ہے جہاں یہ انقباضی بند بالعموم لگائے جاتے ہیں۔

ورنیوئل (Verneuil) بیان کرتا ہے کہ پنڈلی کے عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان ایک وریدی ضفیرہ ہوتا ہے جس کے متعلق اس کا یہ خیال ہے کہ اس میں سطحی عروق کی نسبت دوالی زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان وریدوں کی دوالی نما حالت سے جو گہری واقع ہوتی ہیں "ہمیشہ درد کرنے والی ٹانگوں" (aching legs) کی توجیہ ہوسکتی ہے، جس کی شکایت ایسے اشخاص کیا کرتے ہیں جو بہت دیر تک کھڑے رہتے ہیں۔ دروں عضلی وریدیں بہت بڑی ہوتی ہیں ۔ کیلنڈر (Calender) نے یہ ثابت کیا ہے کہ ان چھ وریدوں کا مجموعی قطر جو عضلہ سمکیہ (soleus) میں سے نکلکر مؤخر قصبیتی (posterior tibial) اور شظیی (peroneal) تنوں سے جا ملتی ہیں ایک انچ سے کم نہیں ہوتا۔ دوالی کی ابتدا سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ان مقامات پر ظہور پذیر ہوتی ہے جہاں سطحی وریدیں عمیق عروق میں داخل ہوتی ہیں۔ اس کے لئے ایک معقول وجہ موجود ہے کیونکہ ان مقامات پر تین قوتیں ملتی ہیں جن کے عمومی رخ مشمولہ تصویر میں ظاہر کئے گئے ہیں



شکل ۱۴۶۔

(شکل ۱۴۶)۔ خون کے فوق الوضعی ستون کا وزن (ا) اوپر سے فعل کرتا ہے۔ اور عمیق ورید کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے مصراع ہوتا ہے اس کی پیش کردہ مزاحمت (ب) نیچے سے فعل کرتی ہے۔ اور وہ قوت جس سے قابض عضلات خون کو عمیق ورید سے سطحی تنے میں دھکیلتے ہیں ہر دو خطوطِ قوت سے زاویہ پر فعل کرتی ہے (ج)۔ دوالی کے مریضوں کی یہ بدقسمتی ہے کہ دونوں بڑی بڑی وریدوں (صافنی) کے ساتھ ساتھ حسی اعصاب بھی ہوتے ہیں۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ دوالی نما وریدوں کی موجودگی 630 میں جو درد پایا جاتا ہے اس کا بہت کچھ انحصار انہی اعصاب پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے۔

ٹانگ کے درد کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب اس حصہ کو

حس مہیا کرتے ہیں وہ اپنے نقاطِ انتہا سے معتدبہ فاصلہ پر پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ میں درد پیدا ہونے کا سبب تکلیف کے مقام سے بہت دور واقع ہو۔ چنانچہ ٹانگ کے نیچے کے حصہ اور پاؤں کا شدید درد قطنی سلعہ میں پایا جاسکتا ہے۔ یا ران یا گھٹنے کا درد مستقیمی سرطان سے جو عجزی ضفیرہ (sacral plexus) پر اثر انداز ہوچکا ہو پیدا ہوسکتا ہے۔ کلوی حصات (renal calculus) کے متعلق یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ یہ ایڑی میں شدید درد پیدا ہونے کا باعث بھی ہوتا ہے۔

ٹانگ کے کسور۔ قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) اکیلی اکیلی ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹتی ہیں۔ اور اکیلے اکیلے ٹوٹنے کی حالت میں بڑی ہڈی کے مقابلہ میں شظیہ (fibula) اکثر ٹوٹتی ہے۔

۱۔ قصبیہ اور شظیہ (tibia and fibula) ۔جہاں تک اُس مزاحمت کا تعلق ہے جو شظیہ (fibula) چوٹ کو پیش کرتی ہے یہ ہڈی سوائے کعبیہ اور بالائی سرے کے باقی تمام حصوں میں تقریباً ایک سی مضبوط ہوتی ہے۔ اس کے طول کی زیادتی، اس کا محل جو جارحہ کی زیادہ معرا جانب پر ہوتا ہے، اور قصبیہ سے اس کے چسپیدہ ہونیکا طریقہ، (اس کے دونوں سرے مثبت ہوتے ہیں اور اس کا زیادہ تر حصہ بغیر سہارے کے ہوتا ہے)، وہ امور ہیں جو اس میں کسر واقع ہونے کے امکان کو خاص طور پر زیادہ کردیتے ہیں۔ مگر یہ اپنے اردگرد کے عضلات کی موٹی گدی سے بہت اچھی طرح سے محفوظ ہوتی ہے۔

قصبیہ کی پوری کی مضبوطی جہاں تک اس کے اوپر کے، درمیان کے، اور نیچے کے حصوں کا تعلق ہے مختلف ہوتی ہے۔ ڈاکٹر لیریش (Dr. Leriche) کے مطابق بالغ کی قصبیہ کا اوسط مستعرض قطر حدبہ جات کے عین نیچے ۱ $\frac{3}{4}$ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ کعبیہ کے قاعدہ پر اس کا مستعرض قطر ۱ $\frac{3}{4}$ انچ سے ذرا کم ہوتا ہے۔ اور اس ہڈی کے سب سے پتلے حصہ کا قطر ۱ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ یہ پتلا حصہ پوری کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر ہوتا ہے اور یہ ہڈی کا کمزور ترین مقام ہے۔ لہذا قصبیہ (tibia) کے کسر کا عام ترین محل وقوع پوری کے زیرین اور درمیانی ایک تہائی حصوں کا مقام اتصال ہے۔ جب یہ ہڈی بالواسطہ تشدد سے ٹوٹتی ہے تو یہ اسی مقام پر 631

جواب دیتی ہے، اور بلاواسطہ ضرب سے پیدا شدہ ضرات پوری کے ہر ایک حصہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔

نرم حصوں کے غلاف کے پتلا ہونے اور قوت کا سرہ اور ہڈی کے درمیان خفیف سی رکاوٹ حائل ہونے کی وجہ سے ٹانگ کے کسور جوارح کی دوسری ہڈیوں کی نسبت اکثر مرکب (compound) اور متعدد (comminuted) ہوتے ہیں۔

اگر کسر ترچھا ہو جیسا کہ چوٹ کے بالواسطہ لگنے کی حالت میں عام طور پر ہوتا ہے تو خط شکستگی بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور ذرا اندر کی طرف کو آتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہی پنڈلی کے عضلات سے بقیہ ہڈی کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ اور خطِ کسر کے ترچھا ہونے کی وجہ سے عام طور پر باہر کی طرف کو بھی ٹل جاتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے پھر جانے کی وجہ سے باہر کی طرف کو کسیقدر گردش کر جاتا ہے، اور یہ گردش جارحہ کے صرف وزن ہی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کسر مستعرض ہو تو تغیر وضعیت نہیں پائی جاتی، اور اگر کبھی پائی بھی جاتی ہے تو بہت ہی کم ہوتی ہے۔

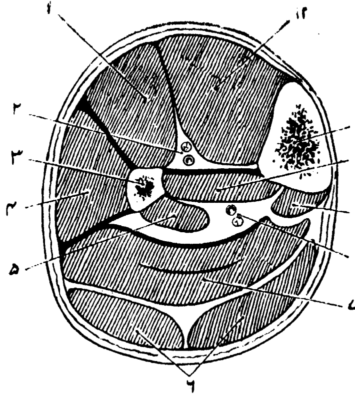
شظیہ (fibula) قصبیہ (tibia) کی نسبت عام طور پر زیادہ اونچے لیول پر ٹوٹتی ہے۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ اس کا نیچے کا ٹکڑا اس سے بڑی ہڈی کے متناظر ٹکڑے کی بالکل صحیح صحیح متابعت کرتا ہے۔

مروڑے جانے سے خاصکر جب کہ پاؤں مثبت ہو ایک حلزونی کسر (لولبی کسر: fracture hélicoïde) پیدا ہو سکتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے زیرین ایک تہائی حصہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ایک کم و بیش انتصابی انشقاق بھی پایا جاتا ہے جو ٹخنے کے جوڑ کو ماؤف کر دیتا ہے، اور شظیہ (fibula) کا ایک کسر بھی پایا جاتا ہے جو زیادہ اونچا ہوتا ہے۔

۲۔ اکیلی شظیہ ۔ اس ہڈی کے زیرین ایک چوتھائی حصہ میں جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ عام طور پر بالواسطہ تشدد سے پیدا ہوتے ہیں اور ان کا ذکر ٹخنے کے جوڑ کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ جب اس ہڈی کا کوئی دوسرا حصہ ٹوٹتا ہے تو قوت کا سرہ بالعموم بلاواسطہ اثر کرتی ہے، اور تغیر وضعیت بہت ہی قلیل ہوتی ہے۔ اور شکل سی دکھائی دیتی ہے قصبیہ (tibia) ایک

موثر جبیرہ کا کام دیتی ہے۔

۳- اکیلی قصبیہ- کعبیہ چوٹ سے ٹوٹ سکتا ہے، یا زیرین بربالہ علٰحدہ ہو سکتا ہے۔ موخرالذکر، سارے اندرونی کعبیہ اور اس رضچہ پر مشتمل ہوتا ہے جس سے شنظیہ (fibula) جڑتی ہے۔ یہ اٹھارویں یا انیسویں سال میں پوری سے متحد ہوتا ہے۔ اکیلی قصبیہ (tibia) کے کسور تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں۔ ہڈی کے زیرین ایک نہائی حصہ
632 میں یہ نہایت کثیرالوقوع ہیں۔ اور جوں جوں گھٹنے کے قریب جائیں یہ زیادہ نادرالوقوع



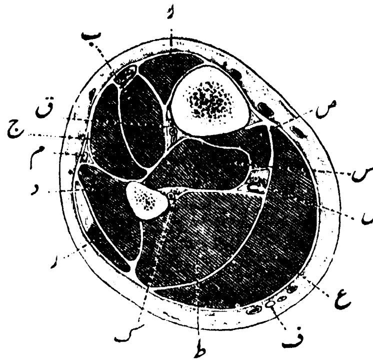
شکل ۱۴۷- ٹانگ کے بالائی ثلث کی مستعرض تراش کی ارتسامی توضیح۔
سکیہ کے نیچے مضبوط صفاق کو اور اس عضلہ کے جرم میں کھوس وتر کو بھی دیکھو۔

۱- عضلہ قصبیہ مقدم۔ ۲- مقدم قصبیتی شریان اور عصب۔ ۳- شنظیہ۔ ۴- عضلہ شنظیہ طویلہ۔
۵- قابضہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ۔ ۶- گیسٹروکنیمیس۔ ۷- سکیہ۔ ۸- موخر قصبیتی شریان اور ورید۔
۹- قابضہ طویلہ اصبعیہ۔ ۱۰- عضلہ قصبیہ موخر۔ ۱۱- قصبیہ۔ ۱۲- باسطہ طویلہ اصبعیہ۔

ہوتے جاتے ہیں۔ جب کسر مستعرض ہوتا ہے تو بعض اوقات کوئی مرئی غیر وضعیت نہیں ہوتی، اور شنظیہ (fibula) جبیرہ کا کام دیتی ہے۔ جب کسر ٹخنے کے جوڑ کے عین اوپر ہوتا ہے

تو نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہر ایک سمت میں ہلایا جا سکتا ہے۔ ایسی غیر وضعیت کی مزاحمت اور تحدید تحتانی قصبیتی شنظوی رباطات (inferior tibio-fibular ligaments) کرتے ہیں۔

کساحت (rickets) میں جوارح کی تمام ہڈیوں میں سے قصبیہ (tibia) ہی ہے جو نہایت کثرت سے خمیدہ ہو جاتی ہے۔ یہ اپنے کمزور ترین حصہ پر (درمیانی اور 633



شکل ۱۴۸۔ ٹانگ کے زیرین ایک تہائی حصہ میں سے تراش۔
(براؤن : Braune)۔

ا۔عضلہ قصبیہ مقدم۔ ب۔ باسطہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ۔ ج۔ باسطہ مشترکہ اصبعیہ۔ د۔عضلہ شنظیہ قصیرہ۔ ر۔شنظیہ طویلہ۔ س۔ عضلہ قصبیہ موخر۔ ص۔ قابضہ طویلہ اصبعیہ۔ ط۔ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ۔ ع۔ گیسٹروکنیمیس اور سمکیہ۔ ف۔ قصیرہ صافنی عصب اور ورید۔ ق۔ مقدم قصبیتی عروق اور عصب۔ ک۔شنظی عروق۔ ل۔ موخر قصبیتی عروق اور عصب۔ م۔عضلی جلدی عصب۔

زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر) جھک جاتی ہے اور یہاں ہڈی میں آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کو ایک خم پایا جاتا ہے۔

شنظیہ کبھی کبھی غائب بھی ہوتی ہے اور اس حالت کے ساتھ پاؤں کی بدشکلی بھی

پائی جاتی ہے - نیز پاؤں کی باہر کی طرف کی دو یا دو سے زیادہ انگلیاں بھی غائب ہوتی ہیں۔
قصبیہ (tibia) اپنے زیر جلدی محل کی وجہ سے عظمی پیوند حاصل کرنیکے لئے مناسب مقام کا کام دیتی ہے۔
بتر- شکل ۱۴۷ ان ساختوں کو ظاہر کرتی ہے جو ٹانگ کے وسطی ثلث کے بالائی حصہ میں سے بتر کرتے وقت کاٹی جائینگی۔
شکل ۱۴۸ میں ٹانگ کی مستعرض تراش اس کے زیرین ایک تہائی حصہ میں سے دکھائی گئی ہے جس سے اُن حصوں کی تعداد اور ان کے محل کا کچھ پتہ چل سکتا ہے جو اس حصہ میں سے بتور کی انجام ہی کے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

634

باب بست وششم

ٹخنا اور پاؤں

(THE ANKLE AND THE FOOT)

سطحی تشریح عظمی نقاط۔ دونوں کعبیوں کے خاکے بہت واضح طور پر معلوم کیئے جا سکتے ہیں۔ داخلی زائدہ کی نسبت خارجی کسیقدر کم نمایاں ہوتا ہے اور زیادہ نیچے تک جاتا ہے، اور اس سے زیادہ پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی کعبیہ کی نوک تناظر عظمی ارتفاع کی نسبت ½ انچ پیچھے اور نیچے ہوتی ہے۔ گر داخلی کعبیہ کا مقدم موخر قطر اتنا ہوتا ہے کہ اس کا موخر کنارہ پیچھے کی طرف بیرونی زائدہ کے موخر کنارہ کے لیول پر ہوتا ہے۔

پاؤں کی پشت پر حارتی ہڈیاں فرداً فرداً شناخت نہیں کی جا سکتیں، گو پاؤں کی دروں گردانی کی حالت میں اس پر عرقوب (astragalus) سے ایک نمایاں مرمیہ بنتا ہے۔

پاؤں کی اندرونی جانب پر عظم العقب کا (os calcis) (عقبیہ calcaneus) حدیبہ سب سے پیچھے محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اس کے سامنے اور اندرونی کعبیہ سے عموداً

ایک انچ نیچے دعامۂ عرقوب (sustentaculum tali) کا مرتبہ ہوتا ہے۔ اس کعبیہ سے ۱½ انچ سامنے سفینیہ (scaphoid) (زورقی :navicular) کا حدیبہ واضح طور پر شناخت کیا جا سکتا ہے (شکل ۱۵۱ صفحہ 652)۔ اس کے اور موخرالذکر زائدہ کے درمیانی وقفہ میں تحتانی عقبیتی سفینیتی رباط (inferior calcaneo-scaphoid ligament) اور عضلۂ قصبیہ موخر (tibialis posticus) کا وتر ہوتا ہے۔ آگے چلکر پاؤں کے اگلے حصہ کے قریب ایک حید محسوس کیا جا سکتا ہے جو پہلی بعد حمارتی ہڈی کے قاعدہ سے بنتا ہے، اور اس کے اور سفینیہ (scaphoid) کے درنہ (زائدہ :process) کے درمیان اندرونی فانہ شکل (cuneiform) ہڈی واقع ہوتی ہے۔ اخیر میں پہلی بعد حمارتی ہڈی کی پوری اور اس کا پھیلا ہوا سرا اور وہ سمسانی ہڈیاں جو بعد حمارتی سلامی جوڑ (metatarsal phalangeal joint) کی انحمصی جانب پر واقع ہوتی ہیں کم و بیش واضح طور پر محسوس کی جا سکتی ہیں۔ پاؤں کی بیرونی جانب پر عظم العقب (os calcis) کی تقریباً تمام خارجی سطح زیر جلدی ہوتی ہے۔ ٹخنے سے نیچے ایک انچ سے کم فاصلہ پر شظی درز (peroneal tubercle) ہوتا ہے جس سے اوپر قصیر شظی وترا اور نیچے طویل شظی وتر ہوتا ہے۔ بیرونی ٹخنے سے تقریباً ۲½ انچ کے فاصلہ پر پانچویں بعد حمارتی ہڈی کا حدیبہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ اور اس سے تقریباً ایک انچ پیچھے تک نردی (cuboid) ہڈی پھیلی ہوتی ہے۔ 635

جوڑوں کے خطوط۔ ٹخنے کا جوڑ اندرونی کعبیہ کی نوک سے تقریباً ½ انچ اوپر کے ایک نقطہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ سفینیہ (scaphoid) کے درنہ کے عین پیچھے عرقوبی سفینیتی مفصل (astragalo-scaphoid articulation) ہوتا ہے۔ اور اگر ایک خط پاؤں کی پشت پر اس زائدہ کے عین پیچھے سے عرضاً کھینچا جائے تو وہ بہت اچھی طرح سے وسطی حمارتی جوڑ (mid-tarsal joint) کا تناظر ہوگا یہ جوڑ عرقوبی سفینیتی (astragalo-scaphoid) اور عقبیتی نردی (calcaneo-cuboid) [جوڑوں سے مرکب ہوتا ہے]۔

اگر موخرالذکر مفصل تک باہر کی طرف سے رسائی کی جائے تو یہ اس نقطہ کے بالمقابل پایا جائے گا جو بیرونی ٹخنے اور پانچویں بعد حمارتی ہڈی کے حدیبہ کے درمیان

وسط پر واقع ہو۔

پہلی اور پانچویں بعد حمارتی ہڈیوں کے اور اندرونی فانہ نما (cuneiform) اور نردی (cuboid) ہڈیوں کے درمیان کے مفاصل کے خطوط فرداً فرداً بآسانی ظاہر کئے جاسکتے ہیں کیونکہ یہ قبل الذکر ہڈیوں کے قاعدوں کے عین پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ بعد حمارتی سلامی (metatarso-phalangeal) مفاصل متناظر انگلیوں کی درمیانی جلد سے تقریباً ا انچ پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ قربی سلامیہ اور وسطی سلامیہ کا کچھ حصہ انگلیوں کی درمیانی جلد میں مدفون ہوتا ہے۔

اوتار۔ اخیلی وتر (tendo Achillis) (عقبیتی وتر: tendo calcaneus) ٹخنے کی پشت پر بہت نمایاں طور پر ابھرا ہوتا ہے۔ اور اس کے اور کعبیوں کے درمیان دو گڑھے ہوتے ہیں جو فربہ اشخاص میں بھی نمایاں ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب پر خاصکر جبکہ یہ جوڑ خم کردگی کی حالت میں ہو باسط عضلات کے اوتار بآسانی تمیز کئے جاسکتے ہیں۔ اور یہ اندر سے باہر کی طرف کو یوں واقع ہوتے ہیں:۔ عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کا وتر، عضلہ باسطہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ (extensor longus hallucis) کا وتر، عضلہ باسطہ طویلہ اصبعیہ (extensor longus digitorum) کا وتر" اور شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) کا وتر۔ انگلیوں کے عضلات باسطہ کے اوتار
636 کے نیچے اور پاؤں کی پشت کے بیرونی حصہ پر وہ لحمی تودے محسوس کئے جاسکتے ہیں جو عضلہ باسطہ قصیرہ اصبعیہ (extensor brevis digitorum) سے بنتے ہیں' اور جب یہ عضلہ فعل کرتا ہے تو دکھائی بھی دیتے ہیں۔ اندرونی کعبیہ سے اوپر عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus) اور عضلہ قابضہ طویلہ اصبعیہ (flexor longus digitorum) کے وتر شناخت کئے جاسکتے ہیں' قبل الذکر ہڈی سے زیادہ نزدیک ہوتا ہے۔ وسطی خط کے زیادہ قریب سے عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ (flexor longus hallucis) گذرتا ہے۔ بیرونی کعبیہ کے پیچھے شظیہ (fibula) کی کور کے نزدیک طویل اور قصیر شظی (peroneal) اوتار محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ قصیر عضلہ کا وتر اس سے زیادہ قریب ہوتا ہے۔

تلوے کے وسط میں سخت اخمصی ردا (صفاق: aponeurosis) محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اور جب عضلات باسطہ سے انگلیاں اوپر کی طرف کو کھینچ لی جاتی ہیں تو اس کے کچھ زائدے شناخت کئے جا سکتے ہیں۔ پاؤں کے اندرونی حاشیہ پر کا لحمی تودہ عضلہ مبعدہ ابہامیہ قدمیہ (abductor hallucis) اور عضلہ قابضہ قصیرہ ابہامیہ قدمیہ (flexor brevis hallucis) سے بنتا ہے اور جو تودہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے وہ عضلہ مبعدہ خنصریہ (abductor minimi digiti) اور عضلہ قابضہ قصیرہ خنصریہ (flexor brevis minimi digiti) سے بنتا ہے۔

عروق۔ مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان اور عمیق شظی (deep peroneal) عصب ٹخنے کے جوڑ کے بالمقابل عضلہ باسطہ ابہامیہ قدمیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) اور عضلہ طویلہ اصبعیہ (longus digitorum) کے اوتار کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ظہری شریان ٹخنے کے وسط سے لیکر اُس وقفہ تک جاتی ہے جو پہلی اور دوسری بعد حارقی ہڈیوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اس کا نبضان ہڈیوں پر عضلہ باسطہ ابہامیہ قدمیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) کے وتر کی بیرونی جانب پر جو اس کا بہترین رہنما ہے محسوس کیا جا سکتا ہے۔ اخمصی شریانیں (plantar arteries) اندرونی کعبیہ کی نوک اور ایڑی کے انحداب کے مرکز کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی سے شروع ہوتی ہیں۔ داخلی عرق اس خط کی متابعت کرتا ہے جو اس نقطہ سے لے کر انگوٹھے کی زیریں سطح کے وسط تک کھینچا جائے۔ خارجی عرق تلوے کو ترچھے رخ میں عبور کرتا ہے اور پانچویں بعد حارقی ہڈی کے قاعدہ کے اتنا قریب آجاتا ہے کہ ان کے درمیان ایک انگوٹھے کی چوڑائی سے کم فاصلہ رہ جاتا ہے۔ یہاں سے یہ زیادہ مستعرض رخ میں مڑکر بعد حارقی ہڈیوں کے قاعدوں کے اوپر سے اندر کی طرف کو گذرتا ہوا پاؤں کو عبور کرتا ہے، اور ظہری قدمی (dorsalis pedis) شریان کے ساتھ پہلی بین العظامی فضا کی پشت پر منضم ہوجاتا ہے۔

637 پاؤں کی پشت پر وریدوں سے بنی ہوئی ایک محراب دکھائی دیتی ہے جو انگلیوں کی طرف محدب ہوتی ہے، اس کے سرے داخلی اور خارجی صافنی وریدوں سے مل جاتے ہیں۔

ٹخنے کے اوپر کی اور پاؤں کی پشت پر کی جلد پتلی ہوتی ہے مگر ماتحت حصوں سے یہ ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی ہڈی کے قریب ہونے کی وجہ سے کعبیوں اور پشت پا پر کی جلد کو غیر مناسب طریقہ پر لگے ہوئے جبیروں اور پلاسٹروں کے دباؤ سے ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اتنے دباؤ سے جس سے دوسرے حصوں میں کوئی تکلیف پیدا نہیں ہوتی گنگرین واقع ہو سکتی ہے۔ تلوے پر کی پوشش ان تمام حصوں پر جو زمین سے چھوتے ہیں کثیف اور موٹی ہوتی ہے۔ طبعی پاؤں میں ایڑی، پاؤں کا بیرونی حاشیہ اور بعد حمارتی سلامی جوڑوں کا خط زمین سے چھوتے ہیں جب کہ پاؤں چپٹا رکھا جائے (شکل ۳۱۵ صفحہ 660)۔

ٹخنے اور پاؤں پر کی زیر جلدی بافت کی مقدار اور اس کے خواص بہت اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب اور پشت پا پر یہ بہت ڈھیلی ڈھالی اور چربی سے مبرا ہوتی ہے۔ اور جسم کے عمومی استسقاء میں یہ پہلا حصہ ہے جو دررپختہ ہوتا ہے۔ تلوے پر زیر جلدی بافت کثیف اور محکم ہوتی ہے اور چربی کے غلولوں سے جڑی ہوتی ہے۔ ایڑی کے اوپر یہ $\frac{3}{4}$ انچ موٹی ہوتی ہے۔

پاؤں کی پوششوں میں اعصاب کی رسد بافراط موجود ہوتی ہے۔ اور یہ چھ سے کم عصبی تنوں کی شاخوں سے نہیں آتی یعنی عضلی جلدی (musculo-cutaneous) (سطحی شنظی: superficial peroneal)، مقدم قصبیتی (anterior tibial)، دونوں صافنی، اور خارجی اور داخلی اخمصی (plantar) سے آتی ہے۔ ان جلدی شاخوں پر پاسینی اجسام (Pacinian bodies) پائے جاتے ہیں، اور نہائی بصلہ جات (end-bulbs) تلوے پر کی جلد میں ملتے ہیں۔ پاؤں کی پوششوں میں درد، دباؤ اور تپش کے احساس اور لمسی اثر کے بعض غیر معمولی اقسام مثلاً گدگدی کے لئے تیز مجیبیت موجود ہوتی ہے۔

وضعی معکوسات (postural reflexes) تلوے کی جلد پر سے اور پاؤں کے جوڑ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ماہر سریریات ان معکوسات سے حبل شوکی کے قطنی حصہ کی حالت معلوم کرنے کے لئے استفادہ کرتا ہے۔ مگر جب لمسی عدم حسیت کی

حسیت پیما (æsthesiometer) سے پیمائش کی جاتی ہے تو یہ حادثاً ثابت نہیں ہوتی۔ 638
اور جہاں تک اس معاملہ کا تعلق ہے پشت پا سرین کی جلد سے زیادہ حساسیت ظاہر نہیں کرتی۔

"پا نہاد" (tread of the foot) پر اور خاصکر انگوٹھے کی گدی پر ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور دوسرے عصبی عوارض کی وہ عجیب و غریب پیچیدگی جو "قرحہ ثاقب" (perforating ulcer) کے نام سے موسوم ہے نہایت کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے۔

پاؤں کی ردائیں اور ٹخنے پر کے اوتار۔ ظہری ردائیں دو تہوں میں واقع ہوتی ہیں۔ ایک سطحی ہوتی ہے جو بالائی مقدم حلقہ نما رباط (ٹانگ کے مستعرض رباط) سے شروع ہوتی ہے، اور ایک عمیق جو عضلہ باسطہ قصیرہ (extensor brevis) اور بین العظامی عضلات (interossei) کے اوپر واقع ہوتی ہے۔ یہ دونوں غشائیں باریک اور غیر اہم ہوتی ہیں اور جراحی نقطہ نگاہ سے یہ کوئی اثر پیدا نہیں کرتیں۔
اخمصی ردا (plantar fascia) تین حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک مرکزی یا بڑا حصہ جو نہایت ہی کثیف اور مضبوط ہوتا ہے، اور ایک اندرونی اور ایک بیرونی پھیلاؤ جو باریک اور جراحی نقطہ نگاہ سے غیر اہم ہوتے ہیں۔ بایں ہمہ دونوں جانبی حصوں میں سے بیرونی حصہ کسیقدر وقعت رکھتا ہے، اور عظم العقب (os calcis) اور پانچویں بعد مشطی ہڈی کے حدبیہ کے درمیان ایک موٹے بند کی شکل اختیار کرلیتا ہے جو کج پائی (talipes) کی بعض قسموں میں استواری سے منقبض ہوجاتا ہے۔ مرکزی پھیلاؤ پاؤں کی غیر طبعی حالتوں سے مطابقت پیدا کرلیتا ہے۔ اگر پاؤں کی محراب گرجائے جیسا کہ چپٹے پاؤں (flat foot) میں ہوتا ہے تو یہ تنیدہ اور متطول ہوجاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر یہ محراب خمیدہ ہوجائے جیسا کہ قدم کہف (pes cavus) میں ہوتا ہے تو یہ ردا منقبض ہوجاتی ہے اور سکڑ جاتی ہے۔

اس غشا کو کاٹنے کا بہترین مقام اس کی چسپیدگی سے جو ایڑی کی ہڈی کیساتھ ہوتی ہے تقریباً ۱ انچ آگے کا ہے۔ یہ اس کا تنگ ترین حصہ ہے۔ اور چاقو (جسے

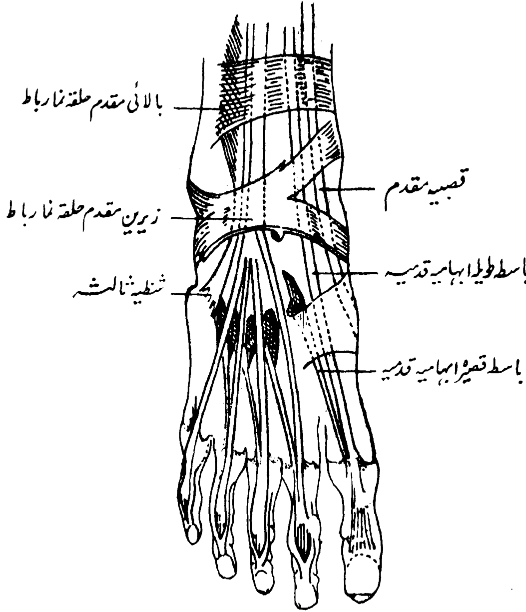
اندر کی طرف سے داخل کرنا چاہیئے) خارجی اخمصی شریان (external plantar artery) کے پیچھے رہیگا جو اس پھیلاؤ کے نیچے سے جاتی ہے۔

اس غشا کے نیچے جو پھوڑا ہوگا وہ اس سے ایک بہت بڑی حد تک محبوس رہے گا، اور اس میں سے گذرنے کے علاوہ کسی ایک رخ میں بھی ترقی کریگا۔ ایسے
639 عمیق اجتماعات سے مواد نکلنے سے پیشتر شدید درد پیدا ہوتا ہے، اور یہ بہت تباہ کن ثابت ہوتے ہیں۔ یہ بعض اوقات پشت پر بھی کھلتے ہیں اور ٹخنے کے خطہ کے وتروں کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف پھیل جاتے ہیں۔ اس تہ کے جسم میں بعض سوراخ اور فضائیں بھی موجود ہوتی ہیں جو عام طور پر چربی سے پُر ہوتی ہیں۔ استثنائی حالتوں میں خراج انمیں سے ایک یا زائد میں سے گذر کر پوششوں کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ لہذا ایسے خراج دو کہفوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک چھوٹے سے سوراخ سے متحد ہوتے ہیں۔ اور ان سے فرانسیسیوں کا خراج دوتاچی (abcès en bissac) یا قمیص کے بٹن کی طرح کا خراج بنجاتا ہے (en bouton de chemise)۔

اخمصی رداپاؤں کی انگلیوں کی جڑوں کے پاس دھجیوں میں تقسیم ہوجاتی ہے۔ اور محرابوں کا ایک سلسلہ طیار ہوتا ہے جن میں سے اصابع کو جانے والے اوتار اور عروق اور اعصاب گذرتے ہیں۔ دو بین عضلی فواصل جو اس غشا سے تعلق رکھتے ہیں عضلہ قابضہ قصیرہ اصبعیہ (flexor brevis digitorum) کو عضلہ مبعدہ ابہامیہ قدمیہ (abductor hallucis) سے (جو اسکی ایک طرف ہوتا ہے) اور مبعدہ خنصریہ (abductor minimi digiti) سے (جو اس کی دوسری طرف ہوتا ہے) علیحدہ کرتے ہیں۔ مگر یہ غشائیں اتنی کمزور ہوتی ہیں کہ عمیق اخمصی خراج کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہوسکتیں۔

مقدم حلقہ نما رباط (anterior annular ligament) دو حصوں پر منقسم ہوتا ہے — بالائی بند (منتعرض بند) جو قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) کے سامنے ہوتا ہے، اور زیرین بند (تصالبی رباط: cruciate ligament) جو رسغ (tarsus) کے بالائی حدود کے سامنے ہوتا ہے (شکل ۱۴۹)۔ قبل الذکر کے نیچے

صرف ایک زلالی غلاف ہوتا ہے، اور وہ عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کے لئے ہوتا ہے۔ موخر الذکر کے نیچے تین غلاف ہوتے ہیں۔ ایک عضلہ شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) اور عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) کے لئے، ایک عضلہ 646



شکل ۱۴۹۔ پاؤں اور ٹخنے کی باسط سطح پر کے زلالی غلاف۔
(لوول Lovell: اور ٹینر Tanner:)۔

باسطہ ابہامیہ قدمیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) کے لئے، اور ایک عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کے لئے۔

عضلہ باسطہ اصبعیہ طویلہ (extensor longus digitorum) کے وتروں اور عرقوب (astragalus) کے ابھرے ہوئے سر کے درمیان اکثر ایک بڑی سی بیقاعدہ درجک

ہوتی ہے ۔ یہ درجک بعض اوقات عرقوب (astragalus) کے سر پر کے جوڑ سے ربط و راہ رکھتی ہے ۔

اندرونی حلقہ نما رباط (internal annular ligament) (رباط سجانی (ligamentum laciniatum: کے نیچے عضلہ قصبیہ موخر، عضلہ قابضہ اصبعیہ طویلہ اور عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ کے اوتار کے لئے تین زلالی غلاف ہوتے ہیں ۔ عضلہ قصبیہ موخر کے غلاف کا التہاب ٹخنے کے جوڑ تک پھیل سکتا ہے جس کے ساتھ یہ وتر قریبی تعلق رکھتا ہے ۔

بیرونی حلقہ نما رباط (outer annular ligament) (شنظی بند (peroneal retinaculum: کے نیچے طویل اور قصیر شنظی اوتار کے لئے صرف ایک ہی زلالی غلاف ہوتا ہے ۔

ٹخنے کی شدید موچوں میں نہ صرف اس جوڑ کے اردگرد کے رباطات ہی کم و بیش منشق ہوتے ہیں بلکہ مذکورہ سابقہ مختلف زلالی غلافات کی دریدگی اور ان کے خون سے پر ہو جانے کا احتمال بھی ہوتا ہے ۔ شدید موچوں کے بعد جو تکلیف مدت تک اکثر باقی رہتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر ان غلافات کو ضرر پہنچنے اور خون کی وعایدگیوں اور بعد میں ان میں التہابی مواد کے پیدا ہو جانے پر ہوتا ہے ۔ انضمامات کے بن جانے سے اوتار اپنے غلافوں میں ثبت ہو جاتے ہیں اور اس طرح عضلات بستہ ہو جاتے ہیں اور جوڑ سخت ہو جاتا ہے ۔ تاوقتیکہ ان انضمامات میں فاعلی اور منفعلی حرکات سے تطول پیدا نہیں ہو جاتا یا یہ شکستہ یا منجذب نہیں ہو جاتے فعل از سر نو قائم نہیں ہو سکتا ۔ 641

وتروں کے غلافات کی وسعت کے متعلق جو کچھ خیال کیا گیا ہے یہ اس سے زیادہ وسیع ہوتے ہیں ۔ ٹخنے کی اندرونی طرف کے غلاف کعبیہ سے ۱ تا ۲ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں ۔ اور پاؤں کے تلوے میں سفینیہ (scaphoid) کے حدیبہ کے مقابل تک چلے جاتے ہیں ۔ ٹخنے کی باہر کی جانب کے ان سے بھی زیادہ وسیع ہوتے ہیں ۔ اور جو غلاف عضلہ شنظیہ طویلہ (peroneus longus) کے گرد ہوتا ہے وہ پہلی بعد حارتی ہڈی کے قاعدہ تک چلا جاتا ہے اگرچہ اس کے اخمصی اور کعبیتی حصے کٹے گا ہے

نردی (cuboid) ہڈی کے بیرونی کنارہ پر ایک دوسرے سے مکمل طور پر علیحدہ پائے جاتے ہیں ۔غلافات کے طول سے یہ بہ آسانی معلوم ہوسکتا ہے کہ جو انضمامات ٹخنے کی موچوں اور اس کے کسور کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں وہ بہت وسیع ہوتے ہیں اور استقلال سے ان کا مسلسل علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے ۔

پاؤں پر سوائے ان درجکوں کے جن میں سے ایک وتر اخیلی (tendo Achillis) اور عظم العقب (os calcis) کے درمیان ہوتی ہے اور دوسری انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ کے اوپر ہوتی ہے معتدبہ جسامت کی دوسری درجکیں نہیں ہوتیں ۔اول الذکر درجک عظم العقب سے نصف انچ اوپر شروع ہوتی ہے اور وتر کی ہر ایک جانب پر ابھری ہوتی ہے ۔ملتہب ہونے کی حالت میں یہ ٹخنے کے جوڑ کے مرض کی طرح کے علامات پیدا کر سکتی ہے ، اور تقیح کی حالت میں یہ عظم العقب کی بوسیدگی پیدا کر سکتی ہے۔ انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ پر اس درجک کے کلانی یافتہ ہو جانے سے گٹا (bunion) بنجاتا ہے ۔یہ اُس زیر جلدی بافت میں واقع ہوتا ہے جو اندرونی سمسانی ہڈی اور جلد کے درمیان ہوتی ہے ۔اور یہ اس حالت کے ساتھ معرض وجود میں آتا ہے جو فدع الابہام (hallux valgus) کے نام سے موسوم ہے ۔انگوٹھا پاؤں کے خط وسطی یعنی دوسری انگلی کے خط وسطی کی طرف مقرب ہوجاتا ہے ۔یہ حالت اُن عضلات کے ایک فتور یافتہ فعل کا نتیجہ ہوتی ہے جو انگوٹھے کے قربی سلامیہ کی وضع کو منظم رکھتے ہیں۔ 642

جب قدم بھرنے کے بعد ایڑی اٹھائی جاتی ہے تو قربی سلامیہ اور اس کی سمسانی ہڈی دونوں ایک وقب بنا دیتے ہیں جس میں انگوٹھے کی بعد حمارتی ہڈی گردش کرتی ہے (شکل ۱۵۱ صفحہ 652) ۔اس فعل کے دوران میں قربی سلامیہ کا توازن دو عضلات سے قائم رہتا ہے ۔عضلہ مقربہ اس کو باہر کی طرف کو گردش کرنے سے روکتا ہے اور مبعدہ اندر کی طرف کو گھومنے سے ۔زیادہ بار مبعدہ پر پڑتا ہے جو ایسے جوتوں کے استعمال سے جو ٹھیک نہ آتے ہوں یا حد سے زیادہ تنگ ہوں اکثر خسارہ میں رہتا ہے، اور مقید ہوجاتا ہے ۔اس طرح عضلہ مقربہ (adductor) بلا توازن رہ جاتا ہے، اور انگوٹھے کو بتدریج کھینچ کر تقریب کی حالت میں لے آتا ہے ۔بعد حمارتی ہڈی کے سر کی اندر کیطرف کے

اوپر کی غضروف غائب ہو جاتی ہے۔ اور درجک اور جوڑ کے درمیان بعض اوقات ربط پیدا ہو جاتا ہے۔ اس بدشکلی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انگوٹھا اور پاؤں کا ہم پہلو حصہ بہت کمزور ہو جاتا ہے۔ اس جوڑ کا داخلی جانبی رباط زیادہ لمبا ہو جاتا ہے، اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قدمیہ حقیقی (extensor proprius hallucis) کا وتر باہر کی طرف کو ٹل جاتا ہے۔ عظمی مفصلی التہابی تغیرات جو خاصکر بعد حمارتی ہڈی کے سر میں واقع ہوتے ہیں اکثر اس حالت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ اور قدمی بدشکلی (valgus deformity) کے ساتھ عام طور پر انگوٹھے کی محوری گردش اور دوسری اصبع کی مطرقی انگشت پا (hammer toe) کی حالت پائی جاتی ہے۔

درزیوں میں کعبیوں پر اور خاصکر خارجی زائدہ پر درجکیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اور یہ وہ حصہ ہے جس پر آلتی پالتی مار کر بیٹھنے میں سب سے زیادہ دباؤ پڑتا ہے۔ کژپا (club-frot) میں درجکیں ہر اس مقام پر پائی جاتی ہیں جس پر غیر مناسب دباؤ پڑتا ہے۔

ٹخنے کے اردگرد کے اوتار اور خاصکر وتر اخیلی (tendo Achiilis) اور قصبیہ موخر اور طویل اور قصبیہ شنظی عضلات کے اوتار چوٹ سے اکثر دریدہ ہو جاتے ہیں۔ وتر اخیلی (tendo Achillis) عام طور پر منتہی سے تقریباً ۱½ انچ اوپر ٹوٹتا ہے جہاں یہ پتلا ہو جاتا ہے اور اس کے ریشے ایک بہت معین بنڈل میں مجتمع ہو جاتے ہیں۔

643 چوٹ کی بعض قسموں میں وہ زلالی اور لیفی غلاف جو وتر کو بستہ رکھتے ہیں منشق ہو سکتے ہیں اور اس طرح اوتار مخلوع ہو سکتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ مقدم اور شنظی عضلات کو یہ واقعہ پیش آچکا ہے۔ مخلوع ساخت ہر ایک مثال میں آگے کی طرف کو کعبیہ کے اوپر یا اس کے سامنے آجاتی ہے۔ جسم کا کوئی وتر اتنی کثرت سے اپنی جگہ سے نہیں ٹلتا جتنی کثرت سے کہ عضلہ شنظیہ طویلہ (peroneus longus) کا وتر۔

ٹخنے کے اردگرد کے عضلات اکثر عملیہ میں کاٹے جاتے ہیں۔ کھلے عملیہ کو تقریباً تمام حالتوں میں زیر جلدی وتر شگافی (tenotomy) پر ترجیح دی جاتی ہے۔ اخیلی وتر (tendo Achillis) بالعموم منتہی سے ۱ انچ اوپر کاٹا جاتا ہے۔ چاقو اندر کی طرف سے موخر قصبیتی عروق کو بچا کر داخل کیا جاتا ہے۔ عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus)

کا وتر قاعدۃً اندرونی کعبیہ کے قاعدہ کے عین اوپر سے کاٹا جاتا ہے۔ گر حلقہ نما رباط اور سفینیہ (scaphoid) کے درمیان بھی اتنی گنجائش ہوتی ہے کہ اسے پاؤں کی جانب سے کاٹا جاسکتا ہے (شکل ۲۱۵ صفحہ 658)۔ مقدم قصبیتی وتر ٹخنے کی سامنے کی جانب پر سے یا اس کے منتہی پر سے (جو اندرونی فانہ نما ہڈی پر ہوتا ہے) بآسانی کاٹا جاسکتا ہے۔ ایک یا دونوں شظی اوتار خارجی کعبیہ کے عین اوپر سے کاٹے جاسکتے ہیں۔ کسی وتر کو کاٹنے کے بعد عضلہ کی بازکشی کی وجہ سے ایک وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مگر کٹے ہوئے سرے اس حالت میں بھی اُس لیفی بافت سے ملے ہوتے ہیں جس میں یہ واقع ہوتے ہیں، اور جس سے یہ اپنی خونی رسد وصول کرتے ہیں۔ اگر وتر غلاف کے اندر کاٹ دیا جائے تو زلالی غشا کٹے ہوئے سروں کے درمیان ایک ڈھیلے ڈھالے اتحادی بند کا کام دیتی ہے۔ کٹے ہوئے سروں کے درمیان اُس انصباب سے جو وقفہ کو پُر کردیتا ہے لخام کار ایک لیفی بند بنجاتا ہے۔ نیا بند اپنے غلاف سے جس کے اندر یہ واقع ہوتا ہے محکم طور پر منضم ہوجاتا ہے۔ اور ابتدا میں یہ وتر کی حرکتوں کو محدود کردیتا ہے۔
کسی صحیح و سالم عضلہ کے وتر کا کچھ حصہ ایسے عضلہ کے وتر سے پیوست کیا جاسکتا ہے جو مشلول ہوچکا ہے، اور اس طرح پاؤں کی بعض حرکتیں ازسرنو قائم ہوجاتی ہیں۔

عروق خون۔ مختلف شریانوں کے خطوط پہلے ظاہر کئے جاچکے ہیں (صفحہ 636)۔ اخمصی محراب (plantar arch) کے زخم خطرناک ہوتے ہیں۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ خارجی اخمصی شریان گہری واقع ہوتی ہے، اور تلوے میں بڑا سا زخم بنانے کے بغیر جو اتصالی بافت کے اہم خطہ جات کو کھول دیگا اور اوتار اور اعصاب کو ضرر پہنچائیگا اس تک پہنچنا ناممکن ہوتا ہے۔ 644

یہ محراب خارجی اخمصی شریان اور ظہری شریان کے (جو مقدم قصبیتی عرق کا تسلسل ہی ہوتی ہے) متحد ہونے سے بنتی ہے۔ مگر اس محراب سے خون جاری ہونے کی حالت میں ٹخنے پر یا اس کے عین اوپر موخر اور مقدم شریانوں کے باندھنے سے نزف لازمی طور پر بند نہیں ہوگا۔ ان عروق کی بندش کے بعد بھی خون شظی شریان کے ذریعہ سے محراب تک بالواسطہ پہنچتا رہے گا۔ یہ عرق اپنی مقدم شظی شاخ کے ذریعہ سے مقدم قصبیتی شریان کی

خارجی کعبیتی شاخ سے اور ظہری قدمی (dorsalis pedis) کی حمارتی شاخ سے ربط وراہ رکھتا ہے۔ اپنی انتہائی شاخ سے یہ دونوں موخرالذکر عروق سے اور خارجی اخمصی شریان کی داخلی عقبیتی (internal calcaneal) شاخوں سے مربوط ہوتا ہے۔

بہرحال جہاں تک مزاولت فن کا تعلق ہے جارحہ کو اونچا کر دینا اور ساتھ ہی زخمی مقام پر دباؤ ڈالنا اور بڑی شریان کو مضغوط کر دینا اخمصی محراب کے بہت سے نزفات کو بند کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

ظہری قدمی (dorsalis pedis) شریان اپنے محل کے سطحی ہونے اور ہڈیوں سے قریبی طور پر ملے ہونے کی وجہ سے اکثر زخموں میں کٹ جاتی ہے اور شدید کوفتگیوں میں دریدہ ہو جاتی ہے۔ موخر قصبیتی شریان ٹخنے پر ابھرے ہوئے کعبیہ اور کثیف حلقہ نما رباط اور ان اوتار سے جو اس کے ساتھ سے گذرتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔

پاؤں کی سطحی وریدیں ہاتھوں کی سطحی وریدوں کی طرح زیادہ تر اس عضو کی پشت پر ہی واقع ہوتی ہیں۔ چونکہ تلوا ایسا حصہ ہے جس پر دباؤ پڑتا ہے اس لئے ان سے قطعاً مبرا ہوتا ہے۔ کعبیوں پر اور خاصکر اندرونی زائدہ پر ان وریدوں سے معتدبہ جسامت کا ضفیرہ بنتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایسی چیزوں سے جو ٹخنے پر زور سے کسی ہوئی ہوں ٹخنے سے آگے کے حصوں میں تہیج اور درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

645 عروق لمف سے تلوے کی پوششوں میں بہت باریک اور مکمل ضفیرہ بنتا ہے جس سے عروق پیدا ہو کر پاؤں کے کناروں اور اس کی پشت اور خاصکر اندر کے کنارہ تک جاتے ہیں۔ اس حصہ کے بڑے بڑے لمفی عروق پشت پا پر دونوں صافنی وریدوں کے اصول العروق (radicles) کے آس پاس پائے جاتے ہیں۔ پاؤں کی اندر کی جانب کے عروق لمف زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ عام طور پر کم و بیش داخلی صافنی ورید کے مرکی متابعت کرتے ہیں، اور اربی غدد میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ خارجی عروق باہر کے ٹخنے اور ٹانگ کی بیرونی جانب کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ ان میں سے اکثر ربلہ (ham) کو ترچھے رخ میں عبور کر کے اندرونی گروہ سے مل جاتے ہیں جو گھٹنے سے اوپر واقع ہوتا ہے۔ دوسرے عروق قصبیہ (tibia)

کی سامنے کی طرف کو عبور کرکے اندرونی گروہ تک پہنچتے ہیں، اور چند قصیر صافنی ورید کی متابعت کرتے ہیں اور مابضی غدد میں جاکر ختم ہوجاتے ہیں (دیکھو صفحہ 606)۔

ٹخنے کا جوڑ بہت مضبوط مفصل ہے اور اس کی قوت نہ صرف ترکیبی ہڈیوں کی شکل ہی سے حاصل ہوتی ہے بلکہ یہ ان مضبوط رباطات اور کئی ایک اوتار سے بھی حاصل ہوتی ہے جو اس کے اردگرد بندوں کی طرح بندھے ہوتے ہیں۔ رباطات میں سے دونوں جانبی بہت مضبوط ہوتے ہیں، اور پاؤں پر ان کی بہت وسیع گرفت ہوتی ہے۔ مقدم اور موخر نہایت پتلے اور قلیل الاہمیت ہوتے ہیں، گو موخر الذکر کو عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدمیہ (flexor longus hallucis) کے وتر سے سہارا ملتا ہے جو اس کو عبور کرتا ہے۔

جب انصباب پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہل سامنے کی طرف پر باسط اوتار کے نیچے اور جانبی رباطات کے عین سامنے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کا انحصار مقدم رباط کی کمزوری اور زلالی تاچہ کی، جو اس ساخت سے تعلق رکھتا ہے، وسعت اور اس کے ڈھیلے پن پر ہوتا ہے۔ زیادہ وسیع انصبابات سے کیسہ کے باریک موخر حصہ کے ابھر آنے کی وجہ سے ابھار پیچھے کی طرف پیدا ہوتا ہے۔ اس حالت میں تموج وتر اخیلی (tendo Archillis) کی ہر ایک جانب پر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ معمولی حالت میں سخت جانبی رباطات کے نیچے تموج واضح طور پر شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ مزید برآں ٹخنے کے جوڑ کا ڈھیلا ڈھالا زلالی تاچہ آگے اور پیچھے کی طرف مفصل کے حدود سے آگے تک پھیلا ہوتا ہے، اور جانبین پر یہ ٹھیک ٹھیک مفصلی سطوح تک ہی محدود ہوتا ہے۔

646 ٹخنے کا جوڑ ایک مکمل قبضہ دار جوڑ (hinge-joint) ہے۔ اور اس میں صرف خم کردگی (اخمصی خم کردگی: plantar-flexiom) اور بسط کردگی (ظہری خم کردگی dorsiflexion:) ہی واقع ہوسکتی ہے۔ خفیف ترین جانبی حرکت انتہائی بسط کردگی میں واقع ہوتی ہے، جبکہ عرقوب (astragalus) کا زیادہ تنگ یا پچھلا حصہ قصیبیتی شظوی محراب (tibio-fibular arch) کے عریض ترین یا مقدم حصہ سے مل جاتا ہے۔ جب ٹخنے میں کوئی واضح جانبی حرکت موجود ہو تو جوڑ میں ضرور یا تو چوٹ پائی جاتی ہے

اور یا مرض موجود ہوتا ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کہ بعض حمارتی ہڈیوں کے درمیان جو جانبی حرکتیں واقع ہوتی ہیں ان کو غلطی سے ٹخنے کے جوڑ کی حرکتیں نہ تصور کرلیا جائے۔ جوڑ کی حرکتیں زیادہ تر اُن عضلات سے محدود رہتی ہیں جو اس کو عبور کرتے ہیں۔ رباطات صرف انتہائی وضعوں ہی میں تنیدہ ہوتے ہیں جبکہ عضلات کی قدرتی مزاحمت مغلوب ہوجاتی ہے۔ عضلات مفاصل کے پاسبان ہیں (کولن میکنزی: Colin Mackenzie)۔

معرا محل کی وجہ سے اس جوڑ کے چوٹ یا دوسرے خارجی اسباب سے ملتہب ہوجانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ التہاب کی حالت میں قاعدۃً کوئی بدشکلی پیدا نہیں ہوتی۔ پاؤں ٹانگ سے زاویہ قائمہ پر رہتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ وضع اس لئے قائم رہتی ہے کہ قابض اور باسط عضلات تقریباً ایک دوسرے کا موازنہ کردیتے ہیں۔ اور یہ بھی ظاہر نہیں ہوتا کہ اس جوڑ کی گنجائش پاؤں کی وضع سے متاثر ہوتی ہے۔

ٹخنے کا زلالی کہفہ تحتانی قصبیتی شنظوی (inferior tibio-fibular) مفصل سے ربط رکھتا ہے۔

درد بعید (referred pains) کے موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب ٹخنے کے جوڑ کو رسد پہنچاتے ہیں وہ اس جوڑ کا تعلق داخلی صافنی عصب کے ذریعہ سے حبل شوکی کے قطنی قطعات سے اور مقدم قصبیتی (عمیق شنظی) عصب کے ذریعہ سے عجزی قطعات سے پیدا کردیتے ہیں۔

ٹخنے کے جوڑ کے خلوع۔ پاؤں ٹخنے پر پانچ سمتوں میں مخلوع ہوسکتا ہے، اور یہ کثرت وقوع کی ترتیب کے لحاظ سے مندرجہ ذیل ہیں:۔ باہر کی طرف، اندر کیطرف،
647 پیچھے کی طرف، آگے کی طرف، اور اوپر کی طرف قصبیہ اور شنظیہ کے درمیان۔ ان خلوع کے ساتھ جو خالصتہً کبھی ایک رخ میں واقع نہیں ہوتے قصبیہ کا، یا شنظیہ کا، یا دونوں کا کسر تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

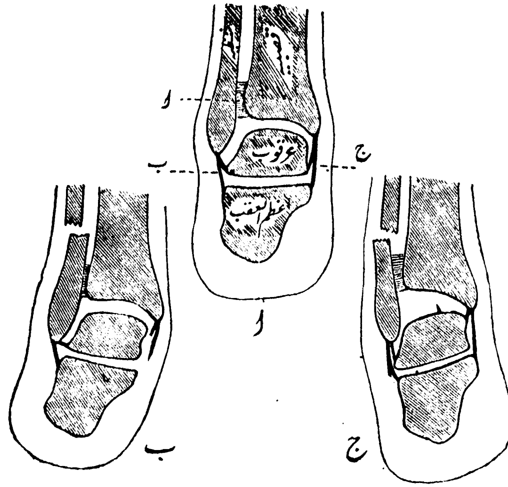
جانبی خلوع۔ باہر کی طرف اور اندر کی طرف:۔ یہ خلوع ان خلوع سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں جو دوسرے جوڑوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ پاؤں کے اسطرح مروڑے جانے پر مشتمل ہوتے ہیں کہ

عرقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے گھوم جاتی ہے ۔ عرقوب کی بالائی سطح قصبیہ کی سطح سے زیادہ علیحدہ نہیں ہوتی ۔ قبل الذکر ہڈی کی کوئی ایک کور موخر الذکر کی افقی مفصلی سطح سے مل جاتی ہے ۔ اگرچہ بہت سی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے لیکن ٹانگ سے پاؤں کی حقیقی علیحدگی معتد بہ نہیں ہوتی ۔ بعض نادر الوقوع حالتوں میں افقی رخ میں صادق جانبی خلع بھی پایا گیا ہے ۔

یہ ضربات پاؤں کے دفعتہً اور زور سے مروڑے جانے سے پیدا ہوتے ہیں ۔ باہر کی طرف کا خلع پاؤں کی جبری بروں گردانی سے پیدا ہوتا ہے اور اندر کی طرف کا شدید دروں گردانی سے ۔

شظیہ (fibula) کا جو تعلق ٹخنے کی چوٹوں سے ہوتا ہے پہلے اس کا معلوم کر لینا دلچسپ ثابت ہوگا جس کی خاص وجہ یہ ہے کہ اس ہڈی کی پوری کے نیچے کے سرے کا کسر دروں گردانی اور بروں گردانی دونوں میں یکساں طور پر واقع ہو سکتا ہے ۔ شظیہ (fibula) کے زیرین ۳ یا ۴ انچ پہلی قسم کا بیرم تصور کئے جا سکتے ہیں (شکل ۱۵۰ - ا) - اس کا نصاب (fulcrum) تحتانی قصبیتی شظوی مفصل پر ہوتا ہے، اور اس کا ایک بازو کعبیہ ہوتا ہے جو اس جوڑ کے نیچے ہوتا ہے، اور دوسرا بازو اس ہڈی کی پوری کا ۲ یا ۳ انچ زیرین حصہ ۔ اب یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ قصبیہ اور شظیہ کے نیچے کے سرے بہت مضبوط رباطات یعنی مقدم اور موخر قصبیتی شظوی، اور مستعرض، اور تحتانی بین العظامی سے بستہ ہوتے ہیں ۔ ٹخنے کے کسی معمولی ضرر میں خواہ وہ کسر ہو یا خلع یہ رباطات نہیں ٹوٹتے ۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسر یا خلع کی ایک خلاف قاعدہ قسم پیدا ہو جائے گی ۔ پاؤں کی جبری بروں گردانی میں اندرونی جانبی رباط کھچ کر پھٹ جاتا ہے ۔ عرقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے اور بیرونی کعبیہ کے سرے سے زور سے جا ملتی ہے ۔ اور یہ زائدہ باہر کی طرف کو دھکیلا جاتا ہے اور بیرم کے ایک سرے کی طرح کام کرتا ہے نصاب (fulcurum) مضبوط قصبیتی شظوی رباطات سے محفوظ رہتا ہے، اور شظیہ (fibula) بیرم کے بیرونی سرے پر اپنے سرے سے ۲ یا ۳ انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰ - ب) - پاؤں کی 648

جبری دروں گردانی میں عرقوب (astragalus) میں تھوڑی سی جانبی گردش مذکورہ سمت سے مخالف سمت میں واقع ہوجاتی ہے۔ خارجی جانبی رباط بہت تنیدہ ہوجاتا ہے۔



شکل ۱۵۰۔ یہ شکل شنظیہ کے زیرین سرے کے کسور کے میکانیہ کو ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ حصے طبعی وضع میں۔ (ا) قصبیتی شنظوی رباطات۔ (ب) خارجی جانبی رباطات۔ (ج) داخلی جانبی رباط۔ ب۔ پاؤں کی بروں گردانی سے پیدا شدہ کسرِ شنظیہ۔ ج۔ پاؤں کی دروں گردانی سے پیدا شدہ کسرِ شنظیہ۔

649 اور اس کا رجحان بیرونی کعبیہ کو اندر کی جانب کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر رباط ٹوٹ جائے تو اس حالت کا خاتمہ غالباً ٹخنے کی موچ پر ہوجائے گا یا پاؤں کا خلع

اندر کی طرف پیدا ہو جائے گا۔ لیکن اگر یہ محکم رہے تو شنظوی بیرم کا سرا یعنی کعبیہ کی نوک خط وسطی کی طرف کو کھنچ آتی ہے۔ قصبیتی شنظوی رباطات نصاب کا کام دیتے ہیں، اور پوری بیرم کے دوسرے سرے پر ہڈی کے سرے سے چند انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰۔ ج)۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ بروں گردانی سے پیدا شدہ کسر میں زیریں قطعہ کا بالائی سرا قصبیہ کیطرف کو ٹل جاتا ہے۔ گر دروں گردانی سے پیدا شدہ ضرر میں یہ اس ہڈی سے دور ہٹ جاتا ہے۔ شنظیہ کے زیریں حصہ کے کسور کے ان تمام واقعات کا احتیاط سے امتحان کرنے سے جو اُس زمانہ میں لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں داخل ہوئے جب کہ میں (الیف۔ ٹی F.T:) وہاں مسجل جراحی (surgical registrar) کے عہدہ پر متعین تھا مجھے اس امر کا یقین آگیا کہ یہ ضرر پاؤں کی دروں گردانی کی نسبت بروں گردانی سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ پاؤں کی سادہ دروں گردانی سے شنظیہ (fibula) کے نیچے کے سرے کا کسر ممکن نہیں ہوتا جب تک کہ خارجی جانبی رباط سالم رہے۔

باہر کی طرف کے خلع (outward luxation) میں جسے پاٹ کے کسر (Pott's fracture) کے نام سے موسوم کرنا بہتر ہے یہی صورت حالات پائی جاتی ہے جو پاؤں کی شنظیہ پر بروں گردانی واقع ہونے کے اثرات کے سلسلہ میں ابھی بیان کیجا چکی ہے اس کسر میں یہ ہڈی ہمیشہ کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹتی ہے۔ رباط دالیہ (deltoid ligament) پھٹ جاتا ہے یا اندرونی کعبیہ کی نوک علیحدہ ہو جاتی ہے۔ سب سے پہلے وتروں کے غلافات کو ضرر پہنچتا ہے اور وہ دریدہ ہو جاتے ہیں۔ عرقوب (astragalus) باہر کی طرف کو اس طرح گھوم جاتی ہے کہ پاؤں بہت بروں گردانیدہ ہو جاتا ہے، اور اس کا بیرونی کنارہ مرتفع ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ زمین سے چھونے لگتا ہے۔ تحتانی قصبیتی شنظوی رباطات (inferior tibio-fibular ligaments) علی حالہٖ رہتے ہیں۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسر یا خلع کی ایک غیر معمولی قسم پیدا ہو جاتی ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ بائیر (Boyer) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جو عدیم النظیر تصور کیا جاتا ہے۔ اس میں پاؤں باہر کی طرف کو مخلوع ہو گیا تھا لیکن شنظیہ میں کوئی کسر واقع نہیں ہوا تھا۔ گر یہ ہڈی تمام کی تمام اوپر کی طرف کو اٹھ گئی تھی اور اس کا سر قصبیہ کے مفصلی رخچہ سے

650 مخلوع ہو گیا تھا۔ اگر تحتانی قصبیتی شظوی رباطات بالکل پھٹ جائیں تو پاؤں کی گردش اور شظیہ (fibula) کے کسر کے بغیر ایک افقی خلع ممکن ہوتا ہے۔

ڈوپٹرن کے کسر (Dupuytren's fracture) میں (جو ایک نادر الوقوع ضرر ہے) شظیہ (fibula) کعبیہ سے ۱ تا ۳ انچ اوپر مکسور ہوتی ہے۔ مقدم قصبیتی شظوی رباطات بتمامہ دریدہ ہو جاتے ہیں، یا قصبہ کا وہ حصہ جس سے یہ چسپیدہ ہوتے ہیں علیحدہ ہو جاتا ہے اور شظیہ کے نیچے کے ٹکڑوں سے ملا رہتا ہے۔ پاؤں افقی رخ میں باہر کی طرف کو مخلوع ہو جاتا ہے، اور اوپر کی طرف کو کھچ جاتا ہے۔ اوپر کی طرف کو جو بےوضعیت واقع ہوتی ہے اس کی مقدار کا انحصار اس بلندی پر ہوتا ہے جس پر شظیہ (fibula) ٹوٹتی ہے۔

اندر کی طرف کے خلع (inward luxation) میں خارجی جانبی رباط دریدہ ہو جاتا ہے، یا بیرونی کعبیہ کی نوک کھچ کر علیحدہ ہو جاتی ہے۔ رباط دالیہ (deltoid ligament) علیٰ حالہ رہتا ہے، لیکن اندرونی کعبیہ بالعموم اس چوٹ سے شکستہ ہو جاتا ہے جس سے عرقوب (astragalus) اس سے مل جاتی ہے۔ یہ ہڈی بعض اوقات خود بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ہر حالت میں باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے، جس سے پاؤں دروں گردہ ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ بہت مرتفع ہو جاتا ہے۔ اس خلع کے تمام اقسام میں خواہ وہ سادہ ہوں یا پیچیدہ قصبیتی شظوی رباط علیٰ حالہ رہتا ہے۔

مقدم موخر خلوع۔ پیچھے کی طرف اور آگے کی طرف۔ یہ چوٹیں ٹانگ کے مثبت ہونے کی حالت میں پاؤں پر بہت سی قوت کے عمل کرنے سے یا زیادہ تر پاؤں کے دفعتہً ساکن ہو جانے سے جبکہ جسم کو بہت تیزی سے حرکت دی جائے جیسا کہ چلتی گاڑی سے چھلانگ مارنے کی حالت میں ہوتا ہے پیدا ہوتی ہیں۔ پچھلی طرف کے خلع میں عرقوب (astragalus) قصبیہ کے پیچھے چلی جاتی ہے اور موخرالذکر ہڈی کی مفصلی سطح سفینیہ (scaphoid) اور فانہ شکل (cuneiform) ہڈیوں پر متمکن ہو جاتی ہے۔ مقدم اور موخر رباطات بالکل پھٹ جاتے ہیں، اور دونوں جانبی بندوں کا زیادہ تر حصہ بھی دریدہ ہو جاتا ہے۔ شظیہ (fibula) کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹ جاتی ہے

اور اندرونی کعبیہ میں بھی عام طور پر کسر واقع ہو جاتا ہے۔

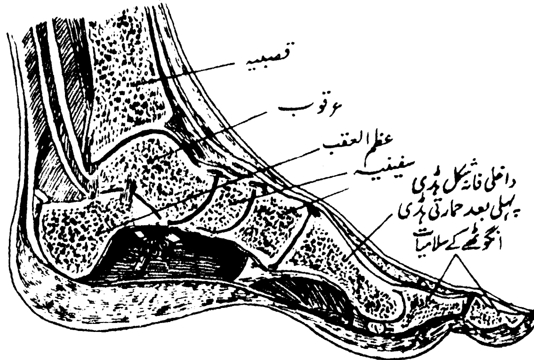
اوپر کی طرف کا خلع - اس نادر الوقوع حادثہ میں تحتانی قصبیتی شظوی رباطات منشق ہو جاتے ہیں، اور دونوں ہڈیوں کے زیریں سرے دور تک علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور 651
عرقوب ان کے درمیان گھس جاتی ہے - مقدم اور موخر رباطات بالکل پھٹ جاتے ہیں، اور جانبی رباطات عام طور پر بچ جاتے ہیں، مگر ان میں کسیقدر خفیف سی دریدگی واقع ہو جاتی ہے - ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ حادثہ عام طور پر گرنے سے وقوع میں آتا ہے جبکہ مریض عین تلووں کے بل گرے -

عرقوب (astragalus) (ٹیلس :talus) **کا خلع** - یہ ہڈی بعض اوقات اکیلی مخلوع ہو جاتی ہے - اور عظم العقب، قصبیہ، شظیہ، اور سفینیہ سے اس کے تعلقات منقطع ہو جاتے ہیں - غیر وضعیت مقدم موخر یا جانبی ہو سکتی ہے - مقدم خلع نہایت ہی کثیر الوقوع ہے - اور کثرت وقوع کے لحاظ سے بیرونی اور آگے کا خلع اس کے بعد آتا ہے - ان چوٹوں میں عظم العقب (os calcis) اور عرقوب (astragalus) کے درمیان کا بین العظامی رباط بالکل دریدہ ہو جاتا ہے - نیز ٹخنے کے جانبی رباطات کا بہت سا حصہ اور وہ مختلف بندھی جو عرقوب (astragalus) کو عظم العقب (os calcis) اور سفینیہ (scaphoid) سے ملاتے ہیں ٹوٹ جاتے ہیں - تمام مثالوں میں کعبیے تلوے کے زیادہ نزدیک آ جاتے ہیں - شعاع نگاری سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ عرقوب (astragalus) کے خلع کے ساتھ کسر اکثر موجود ہوتا ہے - اگر یہ امر ذہن نشین رکھا جائے کہ عرقوب اخمصی محراب کی چابی ہے، اور ان تمام حوادث میں جو پاؤں پر بہت سا دباؤ پڑنے کا باعث ہوتے ہیں زیادہ تر صدمہ اسی کو پہنچنا ضروری ہے تو اس کی گردن یا اس کے جسم کے کسر کی وجہ سمجھ میں آ جائیگی - ایسی حالتوں میں عرقوب کا استیصال کیا جا چکا ہے - اور ٹخنے کے جدید جوڑ میں بہت سی حرکت از سر نو قائم کی جا چکی ہے -

پاؤں کے زیر عرقوبی خلوع (subastragaloid dislocations of the foot) - ان ضربات میں جو بہت قلیل الوقوع نہیں ہیں عرقوب قصبیہ اور شظیہ کے درمیان اپنی وضع پر قائم رہتی ہے، اور باقی پاؤں اس ہڈی کے نیچے سے مخلوع ہو جاتا ہے۔

لہذا یہ خلع مقدم اور موخر زیر عرقوبی جوڑوں سے تعلق رکھتا ہے۔ پاؤں یا تو آگے کی طرف کو یا پیچھے کی طرف کو یا ایک جانب کو سرک جاتا ہے۔ مقدم غیر وضعیت نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ اور جانبی خلوع تقریباً ہمیشہ ترچھے ہوتے ہیں۔ عام ترین غیر وضعیتوں میں پاؤں یا تو باہر کی طرف کو مخلوع ہو جاتا ہے، یا اندر کی طرف کو، اور ساتھ ہی پیچھے کی طرف کو بھی ہٹ جاتا ہے۔

652 **وسطانی حمارتی جوڑ** (mediotarsal joint) پاؤں کی اندرونی جانب



شکل ۱۵۱۔ پاؤں کی مقدم موخر تراش۔
(روڈنجر: Rüdinger کے مطابق)۔

عرقوب کے سر اور سفینیہ کے درمیان اور بیرونی جانب پر عظم العقب اور نردی ہڈی کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اندرونی جوڑ مقدم زیر عرقوبی جوڑ (anterior subastragaloid joint) کا ایک حصہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 654)، اور بیرونی کا زلالی کہفہ الگ ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ انگلیوں کو باہر کی یا اندر کی طرف پھیرنے کی حرکتیں زیادہ تر کولے کے جوڑ پر واقع ہوتی ہیں، اور پاؤں کے کنارہ کو اوپر یا نیچے کرنے کی حرکتیں زیادہ تر

زیر عرقوبی جوڑوں سے تعلق رکھتی ہیں۔

پاؤں ۔ پاؤں میں دو محرابیں ہیں ایک مقدم موخرا اور ایک مستعرض۔

ا۔ مقدم موخر محراب (antero-posterior arch) کی چوٹی عرقوب (astragalus) پر ہوتی ہے۔ اسے دو پایوں سے مرکب تصور کیا جا سکتا ہے۔ پچھلا پایہ عظم العرقوب پر مشتمل ہوتا ہے اور اگلا پایہ سفینیہ (scaphoid)، فانہ شکل (cuneiform) اور بعد حمارنی ہڈیوں پر۔ عرقوب سے محراب کی چابی بنتی ہے۔ اور اس کا سر یہ فعل خاص طور پر سرانجام دیتا ہے (شکل ۱۵۱)۔

پاؤں ایڑی اور بعد حمارتی ہڈیوں کے سروں اور بیرونی حاشیہ کے بل زمین پر رکھا جاتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ پچھلا پایہ ٹھوس ہوتا ہے اور ایک مضبوط ہڈی سے بنا ہوتا ہے، اور اس میں صرف ایک ہی جوڑ ہوتا ہے۔ یہ جسم کے وزن کا زیادہ تر حصہ برداشت کرتا ہے، اور پنڈلی کے عضلات کی چسپیدگی کے لئے ایک محکم اساس کا کام دیتا ہے۔ 653
بخلاف اس کے محراب کا مقدم حصہ بہت سی چھوٹی چھوٹی ہڈیوں اور متعدد پیچیدہ جوڑوں سے بنا ہوتا ہے۔ یہ حصہ پاؤں کو لچک دیتا ہے۔ اور جو صدمے تلوے کو پہنچتے ہیں انکے اثر میں تخفیف کرتا ہے۔ جہاں تک موخرالذکر امر کا تعلق ہے محراب کے دونوں ستونوں کی اضافی وقعت کا اندازہ بلندی پر سے پہلے ایڑی کے بل اور پھر انگلیوں کی گدیوں کے بل چھلانگ مارنے سے کیا جا سکتا ہے۔ محراب کا اندرونی حصہ بیرونی کی نسبت بہت زیادہ خمیدہ ہوتا ہے اور محراب قدم کی پشت اسی سے بنتی ہے۔

۲۔ مستعرض محراب (transverse arch) فانہ شکل ہڈیوں پر نمایاں ترین ہوتی ہے۔ یہ پاؤں کو بہت سی لچک دیتی ہے، اور تلوے کے عروق کی محافظت کرتی ہے۔ سر روبرٹ جونز (Sir Robert Jones) کے مطابق مستعرض محراب پر بعض اوقات بار پڑ جاتا ہے یا یہ چپٹی ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں جب مریض تلوے کی پس اصبعی گدی پر بوجھ ڈالتا ہے تو بعد حمارتی سلامیاتی مفاصل (metatarso-phalangeal joints) میں درد ہونے لگتا ہے (وجع الحمارہ : metatarsalgia)۔ جب مریض بعد حمارتی ہڈیوں کو اکٹھا کر کے مضغوط کرتا ہے تو درد رفع ہو جاتا ہے۔ اسی لئے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ

یہ نقص مستعرض محراب کے بیٹھ جانے ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر جوتے کے تلوے پر ایک بند مستعرضاً لگا دیا جائے تو جسم کا بوجھ زیادہ تر ایڑی پر پڑتا ہے اور مستعرض محراب پر جو بار پڑتا ہے وہ اس طرح رفع ہو جاتا ہے۔

اخمصی محراب کا قیام۔ اگرچہ مختلف ہڈیوں کی شکل اس طرح کی ہوتی ہے کہ وہ اپنی اپنی جگہ پر محراب میں ٹھیک طرح سے بیٹھی ہوتی ہیں، اور رباطات سے بستہ ہوتی ہیں مگر اس کے قیام کا انحصار نہ تو ہڈیوں کی شکل پر ہوتا ہے اور نہ رباطاتی پیچیدگی پر، بلکہ زندہ عضلات پر ہوتا ہے جو پاؤں پر جسم کا وزن پڑتے ہی اپنا فعل شروع کر دیتے ہیں۔ اس سے تعلق رکھنے والے عضلات کے تین گروہ ہیں۔ (۱) قابض گروہ جو قصبیہ اور
654 شظیہ اور بین العظامی غشا کی موخر جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۲) باسط گروہ جو ان ساختوں کی مقدم جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۳) اخمصی گروہ جو تلوے میں واقع ہوتا ہے۔ رباطات پر بار صرف اس حالت میں ہی پڑتا ہے جبکہ ان عضلات کو ضرر پہنچ چکا ہو یا ان کی قوت تحلیل ہو گئی ہو۔ رباطات پر مسلسل بار پڑنے کا لازمی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان میں تطول نمودار ہو جاتا ہے اور جب یہ طویل ہوتے جاتے ہیں تو ہڈیاں جدید محراب کی شکل سے مطابقت پیدا کر لیتی ہیں جو اس طرح ایک مستقل شکل اختیار کر لیتی ہے۔

دروں گردانی (inversion) اور بروں گردانی (eversion) کی حرکتیں جن کی وجہ سے پاؤں اپنے نیچے کی زمین سے موافقت پیدا کر لیتا ہے زیر عرقوبی جوڑوں کر واقع ہوتی ہیں جو تعداد میں دو ہوتے ہیں۔ (۱) مقدم زیر عرقوبی جوڑ جو عرقوب کے سر اور تین اور حصوں یعنی (ا) دعام العرقوب (sustentaculum tali)، (ب) تحتانی عقبیتی سفینیتی رباط (inferior calcaneo-scaphoid ligament) اور (ج) سفینیہ (scaphoid) کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۱۵۱)۔ (۲) موخر زیر عرقوبی (posterior subastragaloid) جوڑ جو عرقوب کے جسم اور عظم العقب کے درمیان ہوتا ہے۔ موخر جوڑ مقدم سے بین العظامی رباط کے ذریعے سے علیحدہ ہوتا ہے۔ ایک تیسرا جوڑ بھی ان اہم حرکتوں سے تعلق رکھتا ہے۔ اور یہ عظم العقب اور نردی ہڈی کے درمیان کا ہے۔ جو عضلات دروں گردانی پیدا کرتے ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) عضلہ قصبیہ

موخر (tibialis posticus) ۔ (۲) عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) ۔ پہلا عضلہ دروں گردانی معہ اخمصی خم کردگی کے اور دوسرا دروں گردانی معہ ظہری خم کردگی کے پیدا کرتا ہے ۔ انگلیوں کے قابض عضلات پہلے عضلہ کی مدد کرتے ہیں، اور انگوٹھے کا باسط عضلہ دوسرے کی مدد کرتا ہے ۔ بروں گردانی (۱) شظیہ طویلہ (peroneus longus)، (۲) شظیہ قصیرہ (peroneus brevis)، (۳) شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) اور (۴) باسط طویلہ اصبعیہ (extensor longus digitorum) سے پیدا ہوتی ہے ۔ پہلا بروں گردانی معہ اخمصی خم کردگی کے پیدا کرتا ہے اور دوسرے معہ ظہری خم کردگی کے پیدا کرتے ہیں ۔

مذکورہ بالا امور سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیر عرقوبی جوڑوں پر عضلات کے چار گروہ فعل کرتے ہیں جو پاؤں کی حرکتوں کا توازن قائم رکھتے ہیں، اور ان کی تعیین بھی کرتے ہیں ۔ اور ایسی چار وضعیں ہیں جن میں یہ پاؤں کو مثبت رکھ سکتے ہیں :- (۱) دروں گردانی معہ اخمصی خم کردگی کے (فرسی فدع القدم : talipes equino-varus) (۲) بروں گردانی معہ اخمصی خم کردگی کے (فرسی روح القدم : talipes equino-valgus) ۔ (۳) دروں گردانی معہ ظہری خم کردی کے (عقبی فدع القدم talipes calcaneo -varus:) ۔ (۴) بروں گردانی معہ ظہری خم کردگی کے (عقبی روح القدم : talipes calcaneo-valgus:) ۔ پاؤں کی اختیار کردہ وضع کا انحصار عضلات کے مشلول یا کمزور
گروہ یا گروہوں پر ہوگا ۔ 655

بروں گردانی اُن ساختوں سے محدود رہتی ہے جو تلوے کی اندرونی جانب پر ہوتی ہیں ـــــ مبعدہ ابہامیہ قدمیہ (abductor hallucis)، اخمصی رداقصبیتی عضلات، اور تحتانی عقبیتی رباط ۔ دروں گردانی کی تحدید شظی (peroneal) عضلات اور پاؤں کے بیرونی کنارہ پر کے رباطات سے، اور انجام کار سفینیہ کے حدبہ کے دعام العرقوب (sustentaculum tali) سے مل جانے سے ہوتی ہے ۔

دروں گردانی اور بروں گردانی کی حرکتیں بطح (supination) اور اکباب (pronation) کی متناظر ہوتی ہیں ۔ لیکن جارحہ اعلیٰ میں یہ کعبرہ (radius) اور زند (ulna)

کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ اور جارحہ اسفل میں عرقوب (astragalus) اور پاؤں کے باقی حصہ کے درمیان ہوتی ہیں۔

گرز پا (club-foot)۔ کج پائی (talipes) یا گرز پا (club-foot) کو چار بڑے بڑے گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ یعنی (۱) فرسی کج پائی (T. equinus)، (۲) عقبی کج پائی (T. calcaneous)، (۳) فدع القدم (T. varus)، اور (۴) روح القدم (T. valgus)۔ ان بڑی بڑی قسموں کے ملنے سے چار ثانوی قسمیں پیدا ہوتی ہیں یعنی فرسی فدع القدم (T. equino-varus)، فرسی روح القدم (T. equino-valgus)، عقبی فدع القدم (T. calcaneo-varus)، اور عقبی روح القدم (T. calcaneo-valgus)۔

۱۔ فرسی کج پائی (talipes equinus)۔ اس بدشکلی میں ایڑی اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہے اور مریض انگلیوں کی گدیوں پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ ساق کے وہ عضلات ہیں جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اور جن عضلات میں شلل پایا جاتا ہے وہ باسطاتِ قدم ہیں۔ پاؤں میں اخمصی خم کردگی اور نمایاں دروں گردانی پائی جاتی ہے۔ بخوبی واضح حالت میں ایڑی کی ہڈی بہت اونچی اٹھی ہوتی ہے حتیٰ کہ بعض اوقات قصبیہ (tibia) سے بھی مل جاتی ہے۔ عرقوب (astragalus) نیچے کی طرف کو سرک جاتی ہے اور پشت پا پر ابھر آتی ہے۔ پاؤں کا رجحان بتدریج زیادہ دروں گردانیدہ ہو جانے کی طرف ہوتا ہے حتیٰ کہ انجام کار سفینیہ (scaphoid) دعام (sustentaculum) کو چھونے لگتی ہے۔ تلوے کے رباطات بہت منقبض ہو جاتے ہیں۔

۲۔ عقبی کج پائی (talipes calcaneus)۔ گرز پا کی اس قسم میں انگلیاں اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہیں، اور مریض ایڑی پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ جارحہ کی مقدم جانب پر کے باسط عضلات ہیں۔ ایڑی کی ہڈی زیادہ نصابی ہو جاتی ہے۔ اور عرقوب اتنی ترچھی ہو جاتی ہے کہ اس کی بالائی مفصلی سطح کا کچھ حصہ بعض اوقات خلفی رخ میں قصبیہ (tibia) سے پیچھے نکل جاتا ہے۔

656

۳۔ **فدع القدم** (talipes varus) ۔ یہ ایک عام ترین قسم ہے، لیکن خالص شکل میں یہ کبھی نہیں پائی جاتی۔ بلکہ اس کے ساتھ پاؤں کی دروں گردانی پائی جاتی ہے۔ جنینی پاؤں کے بعض خواص حد مبالغہ تک برقرار رہتے ہیں۔ بہت نمایاں خلقی واقعہ میں بدشکلی تہری ہوتی ہے۔ (۱) ایڑی ان عضلات کے ذریعہ سے جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے چسپیدہ ہوتے ہیں اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہے۔ (۲) پاؤں عضلات قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور موخر (posticus) کے انقباض سے دروں گردانیدہ ہوتا ہے۔ (۳) تلواعضلہ قابضہ طویلہ اصبعیہ (flexor longus digitorum) کے ذریعہ سے اور اخمصی ردا اور رباطات کے سکڑ جانے سے منقبض ہو جاتا ہے۔ عرقوب کی گردن زیادہ لمبی ہوتی ہے اور طبعی پاؤں کی ہڈی کی گردن کی نسبت نیچے کی اور اندر کی طرف کو زیادہ منصرف ہوتی ہے۔ بالغ میں عرقوب کی گردن اس کے جسم کے محور سے ۱۰ درجہ کے زاویہ پر اندر کی طرف کو منصرف ہوتی ہے۔ نوزائیدہ میں ۲۵ درجہ کے زاویہ پر اور فدع القدم (talipes varus) میں ۵۰ درجہ کے زاویہ پر ہوتی ہے۔ سفینیہ (scaphoid) اوپر کی اور اندر کی طرف کو سرک جاتی ہے حتیٰ کہ اسکا اندرونی کنارہ بعض اوقات اندرونی کعبیہ سے چھونے لگتا ہے۔ تینوں فانہ شکل ہڈیاں بھی سفینیہ کی متابعت کرتی ہیں اور نردی ہڈی حمارہ میں سب سے نیچے کا محل اختیار کرلیتی ہے۔ نردی ہڈی کا بیرونی کنارہ عظم العقب کے ساتھ ایک زاویہ بناتا ہے، اور عضلہ شظیہ طویلہ (peroneus longus) کا وتر نردی ہڈی کے میزاب میں سے نیچے پھسل کر عظم العقب پر آجاتا ہے۔ داخلی جانبی رباط کا مقدم کنارہ منقبض اور غیر مناسب طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ اور اس طرح دروں گردانی ایک نمایاں درجہ تک پائی جاتی ہے۔

۴۔ **روح القدم** (talipes valgus) میں پاؤں بروں گردانی کی مستقل وضع اختیار کرلیتا ہے۔ جو عضلات منقبض ہوتے ہیں وہ دونوں شظی عضلات ہیں۔ بخوبی نمایاں خلقی واقعہ میں عظم العقب ذرا اوپر کی طرف کو اٹھی ہوتی ہے اور عرقوب آگے کی اور نیچے کی طرف کو سرکی ہوتی ہے۔ سفینیہ میں گردش پائی جاتی ہے جس سے اس کا اندرونی حصہ منخفض اور بیرونی مرتفع ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے اندرونی حصہ سے

ان دو مرمیات میں سے جو پاؤں کی اندرونی جانب پر نمایاں ہوتے ہیں ایک مرمیہ بنتا ہے۔ دوسرا مرمیہ عرقوب (astragalus) کے سر سے بنتا ہے۔ نردی ہڈی (cuboid)
657 ذرا باہر کی طرف کو گھومی ہوتی ہے۔ پاؤں کی محراب غائب ہوتی ہے، اور وہ تمام رباطات، جو اس کو سہارا دیتے ہیں اور اسے برقرار رکھتے ہیں تنیدہ ہوتے ہیں۔

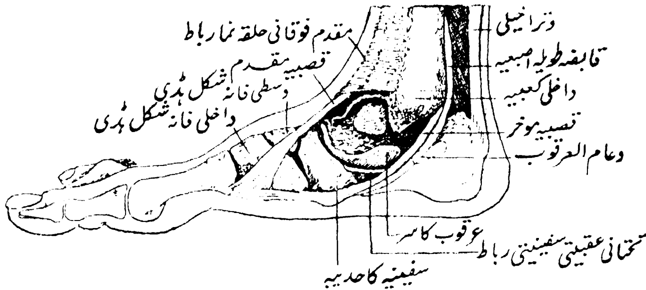
کج پائی کی مخلوط یا ثانوی قسموں کا ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ یہ صرف ابتدائی قسموں ہی کے اکٹھے پائے جانے کا نتیجہ ہوتی ہیں۔

چونکہ کج پائی میں تکلیف اکثر پاؤں کے کسی ایسے حصہ پر بار پڑنے کی وجہ سے ہوتی ہے جس پر معمولی حالت میں بار نہیں پڑتا اس لئے یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ اس بدشکلی کی مختلف قسموں میں مریض پاؤں کے کن کن حصوں کے بل چلتا ہے۔ فدع القدم (varus) میں "پانہاد" پانچویں بعد حمارتی ہڈی کی بیرونی جانب سے بنتا ہے۔ روح القدم (valgus) میں اندرونی کعبیہ اور سفینیہ سے بنتا ہے۔ فرسی کج پائی (equinus) میں بار تمام انگلیوں کے قاعدوں پر پڑتا ہے۔ اور فرسی فدع القدم (equino-varus) میں چھنگلی کا قاعدہ، اور فرسی روح القدم (equino-valgus) میں انگوٹھے کا قاعدہ زمین پر لگتا ہے۔ اور عقبی کج پائی کی تمام قسموں، میں ایڑی زمین پر لگتی ہے۔

خلقی قسم کے گرز پا (club-foot) کی انتہائی اور شدید حالتوں میں بعض اوقات ایک عملیہ سے جو حمارہ بر آری (tarsectomy) کے نام سے موسوم ہے ہڈی کے فانے علیحدہ کر دئے جاتے ہیں۔ اس لئے فرسی فدع القدم (talipes equino-varus) میں فانہ کا قاعدہ پاؤں کی باہر کی طرف کو ہوگا اور زیادہ تر نردی ہڈی پر مشتمل ہوگا، اور راس سفینیہ (scaphoid) پر ہوگا۔

چپٹا پاؤں (flat-foot) اور **روح القدم** (splay-foot) اس بدشکلی کے نام ہیں جو غالباً بعض رباطات کے جواب دے دینے سے پیدا ہوتی ہے جس سے پاؤں کی محراب غائب ہو جاتی ہے اور تلوا کم و بیش مکمل طور پر چپٹا ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی پاؤں ہمعتد بھی ہوتا ہے، اور بیرونی کنارہ اکثر ذرا سا اوپر کی طرف کو اٹھا ہوتا ہے جس کی وجہ سے مریض زیادہ تر پاؤں کی اندرونی طرف پر ہی چلتا ہے۔ یہ بدشکلی ان اشخاص میں پائی جاتی ہے

جو بہت زیادہ کھڑے رہتے ہیں۔ اور یہ ان عضلات کے اور خاصکر عضلہ قصبیہ مقدم و موخر کے جواب دے دینے کا بلاواسطہ نتیجہ ہوتی ہے جو پاؤں کو دروں گردانی کی وضع پر قائم رکھتے ہیں۔ رباطات پر صرف اسی حالت میں بار پڑتا ہے اور ان کا طول بڑھتا ہے جب کہ ان عضلات کی قوت تحلیل ہو جائے اور یہ جواب دے دیں۔ کیونکہ یہ امر بطور ایک کلیہ کے تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ جوڑ پر کا طبعی بار عضلات پر پڑتا ہے، اور رباطات صرف حرکات
658 کی وسعت کو محدود کرنے کا کام دیتے ہیں۔ تحتانی عقبیتی سفینیتی (inferior calcaneo-scaphoid) رباط وضع قیام میں طبعی طور پر ڈھیلا رہتا ہے۔ اور عرقوب (astragalus) کے سر کے بوجھ کو عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus) سہارا دیتا ہے (شکل ۱۵۲)۔



شکل ۱۵۲۔ چپٹے پاؤں کی تقطیع اندر کی جانب سے۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ٹانگ کے عضلات چلنے کی نسبت کھڑے ہونے میں زیادہ جلد خستہ ہو جاتے ہیں کیونکہ کھڑے ہونے کی حالت میں وہ عضلات جو پاؤں کی دروں گردانی کرتے ہیں ایک تنش کی حالت میں رہتے ہیں۔ مگر چلنے میں ان کو سکون اور فعل کے لئے متبادل اوقات ملتے ہیں۔ لہذا ان اشخاص میں جن کے پیشوں میں طول طویل عرصہ تک کھڑے رہنے کی ضرورت ہوتی ہے پاؤں کی دروں گردانی کو برقرار رکھنے والے عضلات (خاصکر عضلہ قصبیہ موخر) خستہ ہو جاتے ہیں، اور بتدریج جواب دے دیتے ہیں اس حالت میں

جسم کا وزن اوپر سے ان ساختوں پر پڑتا ہے جو پاؤں کی بروں گردانی کو محدود رکھتی ہیں اور تحتانی عقبیتی سفینیتی رباط پر یہ خاص طور پر پڑتا ہے جس پر کہ عرقوب کا سر متمکن ہوتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ جب اس رباط پر وزن پڑتا ہے تو یہ دبنا شروع ہوجاتا ہے اور عرقوب کا سر جسم کے وزن سے جو اوپر سے پڑتا ہے دب کر آگے کی اور نیچے کی اور اندر کیطرف کو سرک جاتا ہے۔ اور پاؤں کے اُس حصہ میں جو اس کے آگے ہوتا ہے بیش بسط کردگی واقع ہوجاتی ہے اور وہ باہر کی طرف کو مڑجاتا ہے (شکل ۱۵۲) عظم العقب اندر کیطرف کو مائل ہوجاتی ہے، اور اس کا اگلا سرا منخفض ہوجاتا ہے دعام العرقوب (sustentaculum tali) عرقوب کے سر، اور سفینیتی درنہ (scaphoid tubercle) سے پاؤں کی اندر کی جانب پر فرازات بن جاتے ہیں جو بعض اوقات زمین سے جا لگتے ہیں (شکل ۱۵۲)۔ نیز طویل اور قصیر اخمصی رباطات بھی جو محراب کے برقرار رکھنے میں اتنا زیادہ حصہ لیتے ہیں کچھ عرصہ کے بعد دب جاتے ہیں۔ اور اس سے مزید بدشکلی پیدا ہوجاتی ہے۔ رباط دالیہ (deltoid ligament) بھی کھچ جاتا ہے۔ غیر ملتفت واقعات میں حمارتی ہڈیوں کی شکل میں تغیر واقع ہوجانے اور ایسے رباطات کے منقبض ہوجانے سے جو اس بدوضعی سے ڈھیلے پڑجاتے ہیں بدشکلی کم و بیش مستقل ہوجاتی ہے سفینیہ (scaphoid) اور اندرونی فانہ شکل ہڈی نمایاں طور پر فانہ نما ہوجاتی ہیں، اور ان کے راسوں کا رخ پاؤں کی پشت کی طرف کو ہوجاتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ پاؤں مبعد ہوجاتا ہے اور اس کا بیرونی کنارہ کسی قدر مرتفع ہوجاتا ہے عضلات شنظیہ (peronei muscles) ڈھیلے اور چھوٹے ہوجاتے ہیں اور اس فتور کے مستقل بنانے میں شریک ہوجاتے ہیں۔ یہ معلوم ہوجانا چاہئے کہ مختلف حمارتی ہڈیوں اور مفاصل پر جو غیر طبعی دباؤ پڑتا ہے اس سے وہ شدید درد پیدا ہوتا ہے جو اس عارضہ میں اکثر پایا جاتا ہے۔ چونکہ پاؤں کی محراب کی استواری زائل ہوجاتی ہے اور یہ آئندہ جسم کا وزن برداشت نہیں کرسکتی اس لئے پنڈلی کے عضلات لاغر ہوجاتے ہیں۔ پاؤں ایک بیرم ہے جس کے ذریعہ سے پنڈلی کے عضلات چلنے کے دوران میں جسم کو اوپر اٹھاتے ہیں۔ جب محراب کے ہبوط کے ساتھ اس بیرم کی استواری غائب ہوجاتی ہے تو پنڈلی کے عضلات آئندہ فعل نہیں کرسکتے۔ اس لئے مریض چلتے وقت

انگلیوں پر وزن ڈال کر پاؤں کو نہیں اٹھاتا بلکہ ایڑی اور پاؤں کی اندرونی جانب پر وزن ڈال کر پاؤں کو اٹھاتا ہے۔

طبعی پاؤں کے نقوش کی شکلیں بہت مختلف ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۱۵۳)۔ بوسٹن (Bosten) کے لوویٹ (Lovett) کا یہ خیال تھا کہ جو پاؤں زمین سے صرف دو حصوں پر چھوتے ہیں یعنی پیچھے کی طرف ایڑی پر اور سامنے کی طرف پاؤں کی گدی پر ان کے کمزور ہو جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے (شکل ۱۵۳ - ا)۔ چپٹے پاؤں (flat-foot) میں 660



شکل ۱۵۳ - نقوش قدم کے مختلف اقسام۔
ا - طبعی پاؤں کا جس کی محراب بلند ہے۔
ب - " " " - اسکی بھی محراب بلند ہے۔
ج - " " " جس کی محراب نیچی ہے۔
د - چپٹے پاؤں کا۔

پاؤں کا اندرونی کنارہ بھی زمین سے مل جاتا ہے۔ اس لئے ایڑی اور اخمصی گدی اور پاؤں کے بیرونی حاشیہ کے درمیان کا رقبہ جو طبعی نقش قدم میں خالی رہتا ہے جزوی یا کلی طور پر

پُر ہو جاتا ہے (شکل ۱۵۳۔ د)۔
یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ وسطانی حمارتی جوڑ (mediotarsal joint) کو، جو اس بدشکلی میں اتنا نمایاں طور پر متاثر ہوتا ہے مقدم قصبیتی (anterior tibial)، عضلی جلدی (musculo-cutaneous)، اور خارجی اخمصی (external plantar) اعصاب رسد پہنچاتے ہیں۔

جو حالت **قدم مکہف** (pes cavus) (**چنگالی پاؤں**: claw-foot) کے نام سے موسوم ہے اس میں پاؤں وسطی حمارتی جوڑ پر خم کردہ ہوتا ہے، اخمصی محراب بڑی ہو جاتی ہے، ایڑی اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہے، اور قربی سلامیات خاص کر انگوٹھے کے ظہری طرف کو خم کردہ ہوتے ہیں۔ یہ عارضہ بتدریج نمویاب ہوتا ہے اور انجام کار بہت ہی لاچاری کا باعث ہوتا ہے۔ اس کا سبب معلوم نہیں۔ انگلیوں اور پاؤں کے عضلات باسطہ میں عام طور پر کسی قدر کمزوری پائی جاتی ہے۔

661

حمارتی ہڈیاں (tarsal bones) اپنے اسفنجی خاصہ کی وجہ سے بلا واسطہ چوٹ اور شدید کوفتگیوں سے بآسانی ٹوٹ جاتی ہیں۔ چونکہ وہ نرم حصے جو ان ہڈیوں کو پوشیدہ کرتے ہیں پاؤں کی پشت پر کم مقدار میں ہوتے ہیں اس لئے یہ حوادث اکثر مرکب ہوتے ہیں اور ان میں پوشش کی بہت سی دریدگی پائی جاتی ہے۔

جو حمارتی ہڈی سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ مکسور ہوتی ہے وہ عظم العقب ہے۔ یہ ہڈی ایڑی کے بل گرنے سے ٹوٹ سکتی ہے، اور بہت سی مثالوں میں ایسے حادثہ سے صرف یہی ہڈی ٹوٹتی ہے۔ عضلی فعل کی شدت سے عقبیہ (calcaneus) میں کسر واقع ہونے کے چند واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جن عضلات سے کسر واقع ہوتا ہے وہ عضلات وہ ہیں جو وتر اخیلی (tendo Achillis) سے پیوستہ ہوتے ہیں۔ ایبل (Abel) نے دعامۃ العرقوب (sustentaculum tali) کے کسر کے تین واقعات کا اندراج کیا ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ یہ ضرر تلوے کے بل گرنے یا پاؤں کی انتہائی دروں گردانی سے جب کہ عرقوب (astragalus) اس زائدہ پر بہت زور سے آکر دبتی ہے پیدا ہو سکتا ہے۔
ایڑی کی شعاعی نگارشوں میں اکثر ایک عقبیتی مہماز (calcanean spur) دکھائی

دیتی ہے جو عظم العقب کے داخلی یا خارجی حدبہ سے لیکر آگے کی طرف کو اخمصی ردا کے اندر تک جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں اس قسم کی مہماز (spur) کی موجودگی میں ایڑی کی اندر کی جانب پر ہمیشہ درد محسوس ہوتا ہے۔

پاؤں کے بل گرنے سے اکیلی عرقوب (astragalus) بھی ٹوٹ سکتی ہے۔ اور ایسے حوادث میں یہ اور عظم العقب دونوں اکثر ٹوٹ جاتی ہیں لیکن اس امر کا خیال ضرور رکھنا چاہئے کہ جب مریض پاؤں کے بل گرتا ہے تو حمارتی ہڈیوں کی نسبت قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) کے ٹوٹنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے کیونکہ ٹانگ کی ہڈیاں جسم کے وزن کو بلا واسطہ منتقل کرتی ہیں۔ مگر جب یہ وزن پاؤں میں سے اس کی بہت سی ہڈیوں اور جوڑوں میں سے گذرتا ہے تو منتشر اور منقسم ہوجاتا ہے۔ حمارتی ہڈں کی سایہ نگارشوں میں ایسے خطوط یا غلطی سے کہیں ظاہر ہوتی ہیں جن میں سے ایسی طاقتیں منتقل ہوتی ہیں۔ ایسی سایہ نگارشوں کا خاصکر چوٹ کے واقعات میں امتحان کرتے وقت بعض اوقات عرقوب کا موخر زائدہ بظاہر علیحدہ یا مکسور دکھائی دیتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ زائدہ بطور ایک علیحدہ ہڈی (عظم مثلث :os trigonum) کے نمو پاتا ہے۔ اور بعض واقعات میں یہ عرقوب (astragalus) سے متحد ہونے سے رہ جاتا ہے۔

662 **بعد حمارتی ہڈیاں (metatarsal bones) اور سلامیات (phalanges)**

تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ چوٹ سے ٹوٹتے ہیں لیکن باہر کی طرف کی بعد حمارتی ہڈیوں کی پوریاں بعض اوقات صرف سنگ حاشیہ کے کنارے پر سے پھسلنے یا بس (bus) پر سے چھلانگ مارنے سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ جب سے لاشعاعوں کا استعمال ذریعۂ تشخیص کے طور پر شروع ہوا ہے حمارتی ہڈیوں اور خاصکر پانچویں ہڈی اور سلامیات کے کسور اور جزوی کسور قلیل الوقوع نہیں پائے گئے۔ اور یہ اکثر ایسی حرکت یا حادثہ کا نتیجہ پائے گئے ہیں جو بظاہر ایسے ضررات پیدا کرنے کے لئے بالکل ناکافی معلوم ہوتا ہے۔

بعض اوقات ایک یا زیادہ بعد حمارتی ہڈیاں مخلوع ہوجاتی ہیں، یا تمام کا تمام سلسلہ اوپر کی یا نیچے کی یا اندر کی یا باہر کی طرف کو سرک جاتا ہے۔ قبل الذکر ضرر عام ترین ہوتا ہے۔ یہ ضرر ان لوگوں کے پاؤں میں خاص طور پر دیکھا گیا ہے جو گھوڑے پر سے گرے ہوں

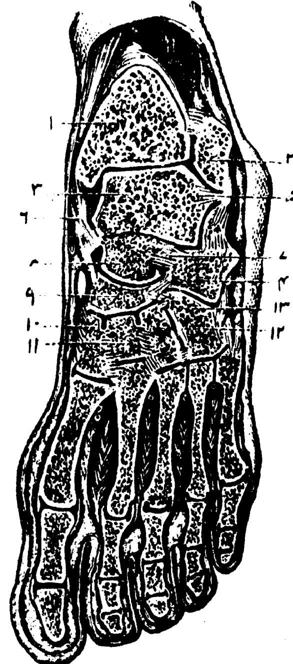
اور رکاب میں پاؤں کے پھنس جانے سے گھسٹتے گئے ہوں۔

حمارہ کا تعظم (ossification of the tarsus)۔ بوقت پیدائش حمارہ زیادہ تر غضروفی ہوتا ہے۔ تعظم ایڑی کی ہڈی میں جنینی زندگی کے چھٹے مہینے میں اور عرقوب (astragalus) میں ساتویں مہینے میں شروع ہوتا ہے۔ نردی ہڈی (cuboid) کے لئے جو مرکز ہوتا ہے وہ پیدائش کے وقت پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور سفینیہ (scaphoid) میں جو سب سے آخر میں متعظم ہوتی ہے یہ مرکز تیسرے سال میں نمودار ہوتا ہے۔ حمارتی ہڈیوں کی غضروف سن بلوغ تک مکمل طور پر متعظم نہیں ہوتی۔ طویل ہڈیوں کے بربالوں کی طرح حمارتی ہڈیاں بھی مکمل طور پر غضروف میں بنتی ہیں، اور گرد عظمہ سے نہیں بنتیں۔

پاؤں کے انگوٹھے کے قربی سلامیہ کے ضلع کی ترجیع ہاتھ کے انگوٹھے کے متناظر ضلع کی ترجیع کی طرح اکثر بہت مشکل ہوتی ہے۔ جب غیر وضعیت ظہری ہو تو یہ مشکل شائد سمسمانی ہڈیوں، جوفی رباط (glenoid ligament) یا لیفی غضروفی صحفہ میں مدفون ہوتی ہیں، اور عضلات کے اُن گروہوں کے معکوس انقباض کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جو ان سمسمانی ہڈیوں پر منتہی ہوتے ہیں۔ قربی سلامیہ کی بیرونی غیر وضعیت کا ذکر جو روجع الابہام (hallux valgus) پر مشتمل ہوتی ہے پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 641)۔ اس جوڑ کا اندرونی جانبی رباط متطول ہو جاتا ہے۔ اور بیرونی منقبض ہو جاتا ہے۔ صلب ابہام قدم (hallux rigidus) میں یہ جوڑ شاید ان قصیر عضلات کے انقباض سے جو انگوٹھے پر فعل کرتے ہیں ذرا سا خم کردہ اور استوار ہوتا ہے۔ انقباض کی وجہ عام طور پر جوڑ کی مفصلی سطح کا کوئی ضرر ہوتی ہے۔ اس ضرر میں جو وجع الحمارہ (metatarsalgia) کی ایک قسم ہے مبہم سا درد پایا جاتا ہے۔ 663

دوسری انگلی بقیہ انگلیوں کی نسبت عام طور پر زیادہ لمبی ہوتی ہے اور اس کے "مطرقی انگشت پا" (hammer-toe) کی شکل اختیار کرنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں قربی سلامیہ بسط کردہ اور وسطی بہت خم کردہ ہوتا ہے۔ یہ عارضہ بالعموم موروثی ہوتا ہے۔ اور کسی ایسی انگلی کے بین العظامی اور قطنی عضلات (lumbricales) میں تقبض پیدا ہونے سے رونما ہوتا ہے جو غیر طبعی طور پر لمبی ہو۔

پاؤں میں ٹخنے کے جوڑ کے زلابی کہفہ کے علاوہ چھ اور زلابی کہفے ہوتے ہیں - یعنی ایک موخر زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، دوسرا مقدم زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، تیسرا عظم العقب اور نردی ہڈی کے درمیان، چوتھا موخر الذکر ہڈی اور باھر کی دو بعد حمارتی ہڈیوں کے درمیان، پانچواں اندرونی فانہ شکل ہڈی اور پہلی بعد حمارتی ہڈی کے درمیان کے جوڑ کے لئے، اور چھٹا بقیہ مفاصل کے لئے (شکل ۴۱۵۴) - کسی ایک ہڈی کے سرائت زدہ ہوجانے کی حالت میں ان زلابی کہفوں کا بہت سا رجحان مرض کو پاؤں کی مختلف ہڈیوں میں منتشر کرنے کی طرف ہوتا ہے - لہذا جہاں تک اس قسم کی توسیع کے سوال کا تعلق ہے ہڈی کے مرض کا بہترین محل عظم العقب اور عرقوب کے پچھلے حصے ہیں - اور جب سفینیہ ماؤف ہو گی تو مرض کا مقام بدترین ہوگا -



شکل ۴۱۵۴ - حمارہ کے زلابی کہفوں کو ظاہر کرنے کے لئے پاؤں کی ترچھی مقدم موخر تراش - (Rudinger: روڈنجر) -

۱- قصبیہ - ۲- شنظیہ - ۳- عرقوب - ۴- عظم العقب - ۵- داخلی جانبی رباط - ۶- عرقوب اور عظم العقب کے درمیان کا بین العظامی رباط - ۷- عرقوب کا سر - ۸- سفینیہ - ۹- ۱۰- ۱۱ اور اتین فانہ شکل ہڈیاں - ۱۲- نردی ہڈی -

ٹخنے کے جوڑ پر سے سائم کا بتر

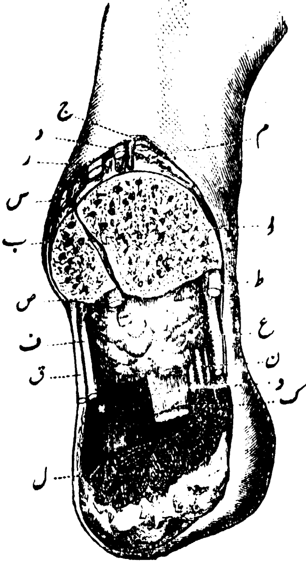
(Syme's amputation at the ankle)

(شکل ۱۵۵) - ایڑی کے دامن میں مندرجہ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں :- پوششیں، خارجی صافنی عصب اور ورید، عضلہ شنظیہ طویلہ (peroneus longus)، عضلہ شنظیہ قصیرہ (peroneus brevis)، عضلہ قصبیہ موخر، عضلہ قابضہ اصبع طویلہ، عضلہ قابضہ ابہام طویلہ (flexor longus hallucis)، اخیلی وتر (tendo Achillis)، عضلہ قابضہ

اصبعیہ قصیرہ (fiexor brevis digitorum) اور دونوں مبعد عضلات کے مبادی

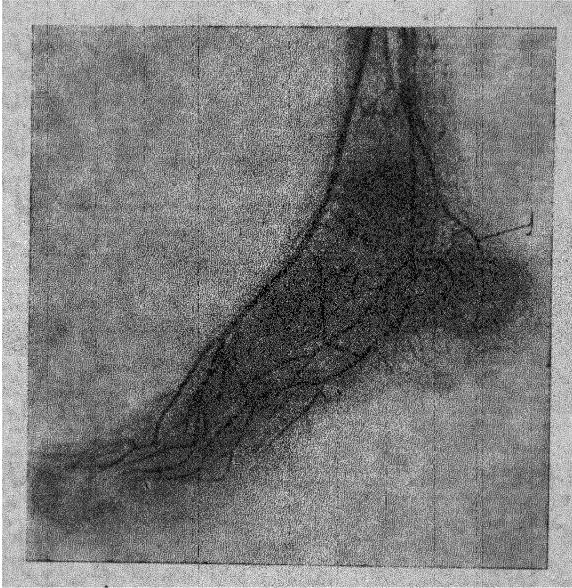
664 اور داخلی اور خارجی اخمصی شریانیں اور اعصاب۔

ظہری دامن میں مندرجۂ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں :۔ عضلہ قصبیہ مقدم، باسطہ اصبعیہ مشترکہ، باسطہ ابہامیہ حقیقی، شنظیہ ثالث، مقدم قصبیتی عروق اور عصب، عضلی جلدی عصب اور داخلی صافنی عصب اور ورید۔ جو بڑی بڑی ساختیں کاٹی گئی ہیں ان کا محل شکل ۵۵۱ میں دکھایا گیا ہے جیسا کہ اگیٹز (Agatz) کی تصویر میں ظاہر کیا گیا ہے، اس طرح اب عام طور پر تلوے کی عضلی بافت کے کسی حصہ کی بھی تقطیع نہیں کی جاتی ہے۔ یہ معلوم کر لینا چاہیے کہ ایڑی کی پوششوں کی رسد جو بہت کثیر ہوتی ہے باہر کی طرف زیادہ تر موخر شنظی شریان کی خارجی عقبیتی شاخ سے اور اندر کی جانب پر زیادہ تر خارجی اخمصی شریان کی داخلی عقبیتی شاخ سے آتی ہے۔ موخر الذکر عرق اکثر موخر قصبیتی (posterior tibial) (شنظی peroneal:) شریان سے نکلتا ہے، اور اس حالت میں یہ عقبیتی اخمصی شاخ (calcaneo-plantar branch) کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔ اس خطہ کی عصبی رسد شکل ۵۵۶ میں بخوبی دکھائی دیتی ہے۔ یہ ایک شعاع نگارش ہے جو بیریم (barium) کے اشراب کے بعد لی گئی ہے۔ اگر ایڑی کا شگاف اتنا پیچھے پہنچا دیا جائے کہ اس سے موخر قصبیتی شریان کا تنا کٹ جائے تو ایڑی کا دامن رسد خون کے



شکل ۵۵۱۔ سائم کا بتر۔ (اگیٹز Agatz:)۔ ا۔ قصبیہ۔ ب۔ شنظیہ۔ ج۔ قصبیہ مقدم۔ د۔ عضلہ باسطہ ابہامیہ قدمیہ حقیقی۔ ر۔ عضلہ باسطہ اصبعیہ مشترکہ۔ س۔ عضلہ شنظیہ ثالث۔ ص۔ عضلہ ابہامیہ قدمیہ طویلہ۔ ط۔ عضلہ قصبیہ موخر۔ ع۔ عضلہ قابضہ اصبعیہ طویلہ۔ ف۔ عضلہ شنظیہ قصیرہ۔ ق۔ عضلہ شنظیہ طویلہ۔ ک۔ وتر اخیلی۔ ل۔ تلوے کے بعض عضلات جو اس عملیہ میں عام طور پر پیچھے نہیں چھوڑے جاتے۔ م۔ مقدم قصبیتی عروق۔ ن۔ موخر قصبیتی عروق۔ و۔ موخر قصبیتی عصب۔

665 موخر الذکر منبع سے بے بہرہ رہ جاتا ہے ۔ موخر قصبیتی شریان اس خطہ پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے جو اندرونی کعبیہ کی نوک سے لیکر ایڑی کے انحداب کے مرکز تک کھینچا جائے ۔
ایڑی کی پوششوں کو جو اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ خارجی صافنی (external saphenous) کی عقبیتی شاخیں اور موخری قصبیتی (posterior tibial) کے اخمصی جلدی شاخچے ہیں ۔



شکل ۱۵۶ ۔ پاؤں کی شعاع نگارش ۔ شریانوں میں نخیرہ شفاف اشراب کیا گیا ہے ۔ بتر سائم کے دامن کو جو شریان دموی رسد پہنچاتی ہے اس کے محل وقوع کو غور سے دیکھا جائے ۔
ا ۔ موخر قصبیتی شریان کی عقبیتی اخمصی شاخ ۔

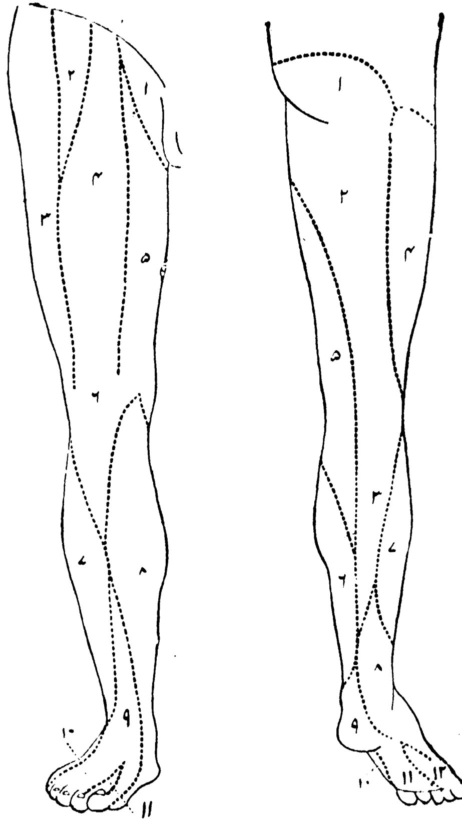
666 **پروگاف کا بتر** (Pirogoff's amputation) جس میں ایڑی کی ہڈی کا

کچھ حصہ ایڑی کے دامن پر باقی رکھ لیا جاتا ہے، اور شوپارٹ کا وسط حمارتی بتر (Chopart's midtarsal amputation)، اور لسفرانک کا بعد حمارتی سلامیاتی بتر (Lisfranc's metatarso-phalangeal amputation) (معہ اپنی Hay: اور سکے Skey: کی غیر اہم مرممہ صورتوں کے) اب شاذونادر ہی سرانجام دئے جاتے ہیں۔ ان میں بہت سے نقائص پائے جاتے ہیں جو سائم (Syme) کے عملیہ میں نہیں پائے جاتے، اور پاؤں پر سرانجام دینے کے لئے یہ عملیہ بہترین تصور کیا جاتا ہے اور اسے ترجیح دی جاتی ہے۔

زیر عرقوبی بتروں (subastragaloid amputations) میں زیر عرقوبی مفصل پر تفصیل مفصل (disarticulation) کی جاتی ہے۔ اور پاؤں کی جو ہڈی باقی رہ جاتی ہے وہ صرف عرقوب (astragalus) ہی ہوتی ہے، اور اس سے ٹنڈ کی چوٹی بنتی ہے۔ لیکن اس عملیہ کی سرانجام دہی کے دواعی چند ہی ہیں۔

جارحہ اسفل کی عصبی رسد - شکل ۱۵۷ میں جوارح اسفل کی مقدم (باسط) اور موخر (قابض) دونوں جانبوں کی جلدی عصبی رسد دکھائی گئی ہے، اور شکل ۱۵۸ میں وہ حبلی قطعات دکھائی دیتے ہیں جن سے اعصاب نکلتے ہیں۔ جوارح اسفل کے شللات کثیر الوقوع ہیں۔ لیکن یہ کسی مجرد عصب کو نقصان پہنچنے کی نسبت حبل شوکی کے تحتانی قطعات 667 کے کسی ضرر سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ بہرحال ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں اکیلا تنا ضرر رسیدہ تھا اور اس سے بعد میں شلل پیدا ہو گیا تھا۔

مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی :femoral) عصب کا شلل عمود فقری کے زیرین حصہ کو ضرر پہنچنے سے جس سے ذنب الفرس (cauda equina) ماؤف ہو گیا ہو، اور حوض کے کسور اور حوض کے سلعات سے، خراج خصریہ (psoas abscess) سے، عظم فخذی کے کسور اور خلوع سے، کنج ران کے خطہ کی ہولوں سے، اور خاصکر بندوق کے ان زخموں سے جو ان حصوں میں آئے ہوں، پیدا ہوتا ہے۔ اس عصبی ضرر میں مریض کولے کی جوڑ کی خم کردگی نہیں کر سکتا یا لیٹ کر اٹھ نہیں سکتا (عضلہ حرقفیہ خصریہ)۔ عضلات مقربہ بعض اوقات کولے کے جوڑ کے قابضات کی طرح فعل کرنے لگتے ہیں۔

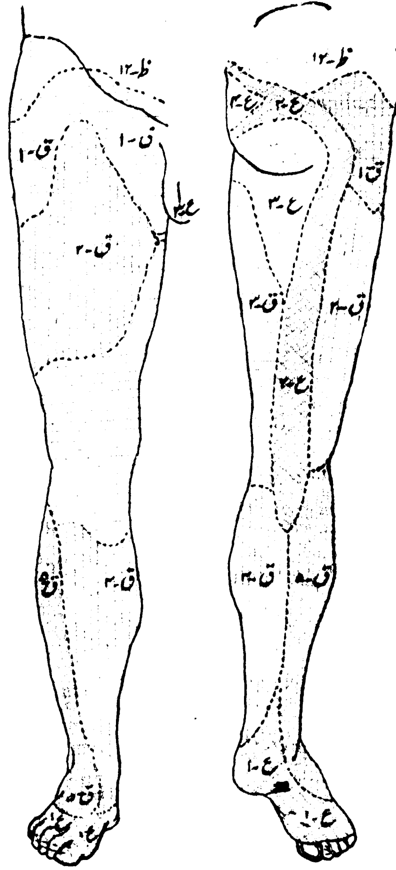


شکل ۱۵۷۔ جارحہ اسفل کی جلدی عصبی رسد۔

مرتقدم جانب۔ ۱۔ حرقفی اربی۔ ۲۔ تناسلی ساقی۔ ۳۔ خارجی جلدی۔ ۴۔ وسطی جلدی۔ ۵۔ داخلی جلدی۔ ۶۔ رضفی ضفیرہ۔ ۷۔ خارجی مابضی کی شاخیں۔ ۸۔ داخلی صافنی۔ ۹۔ عضلی جلدی۔ ۱۰۔ خارجی صافنی۔ ۱۱۔ مقدم قصبیتی۔

موخر جانب۔ ۱، ۲ اور ۳ صغیر نسائی۔ ۴۔ خارجی جلدی۔ ۵۔ داخلی جلدی۔ ۶۔ داخلی صافنی۔ ۷۔ خارجی مابضی کی شاخیں۔ ۸۔ قصیر صافنی۔ ۹۔ مقدم قصبیتی۔ ۱۰۔ داخلی صافنی۔ ۱۱۔ داخلی اخمصی۔ ۱۲۔ خارجی اخمصی۔

669



شکل ۱۵۸ جارحہ اسفل کے ان جلدی رقبہ جات کو ظاہر کرتی ہے جن کو جبل شوکی کے قطنی اور عجزی قطعات سے رسد پہنچتی ہے۔
(ہیڈ Head: کے مطابق۔)

ہر رقبہ پر جبل کے اس قطعہ کا نام درج ہے جس سے اس کو رسد پہنچتی ہے۔ ان اعصاب کے لئے جو ہر ایک رقبہ کو رسد پہنچاتے ہیں۔ دیکھو شکل ۱۵۷۔

... ٹانگ کی بسط کردگی کی طاقت ضائع ہوجاتی ہے (عضلہ باسطہ ساقیہ ذوار بعۃ الرؤس (quadriceps extensor cruris) عضلہ خیاطیہ (sartorius) کا فعل تباہ ہوجاتا ہے اور عضلہ مشطیہ (pectineus) کے فعل میں نقص واقع ہوجاتا ہے۔ جن حصوں کو داخلی اور وسطی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب رسد پہنچاتا ہے ان کی حس میں کمی آجاتی ہے۔

اکیلے **عصب ساد** (obturator nerve) کا **شلل** ایک نادر الوقوع حالت ہے، گو سابق الذکر تنے کے اسی قسم کے ضرر کے ساتھ یہ بعض اوقات پایا جاتا ہے۔ فتق ساد (obturator hernia) کی حالتوں میں اور دوران وضع حمل میں جنین کے سر سے اس عصب پر دباؤ پڑنے سے یہ پیدا ہو سکتا ہے۔ جو عضلات متاثر ہوتے ہیں وہ عضلات مقربہ (adductors)، عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلہ سادہ خارجہ (external obturator) ہیں۔ مریض گھٹنوں کو ملا کر دبا نہیں سکتا اور ٹانگوں کو ایک دوسری پر سے گذار نہیں سکتا۔ باہر کی طرف کی گردش مشکل ہوجاتی ہے مگر جلد کے جس رقبہ کو یہ عصب رسد پہنچاتا ہے اس کی حس بہت کم متاثر ہوتی ہے۔

عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) اپنے ابتدائی مقام پر دو واضح حصوں سے مرکب ہوتا ہے جن میں سے ہر ایک اپنے اپنے غلاف میں بند ہوتا ہے یعنی ایک حصہ ظہری یا باسطی ہوتا ہے جو عصب کے بیرونی یا زیادہ گہرے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور خارجی مابضی (external popliteal) (مشترک شظی (common peroneal)) عصب بنجاتا ہے، اور ایک بطنی یا قابض حصہ ہوتا ہے جو داخلی مابضی (internal popliteal) یا قصبیتی (tibial) عصب بنجاتا ہے۔ ان کے غلافوں کے ہم پہلو حصوں سے عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کا فاصل بنتا ہے۔ مگر گاہے گاہے شظی (peroneal) اور قصبیتی غلافات شروع ہی سے علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ نسائی (sciatic) تنے کے وسطی ایک تہائی حصہ میں ریشے از سر نو مرتب ہوتے 670
ہیں، یعنی ان کی جماعت بندی دوسری دفعہ ہوتی ہے، اور اس طرح ایک ضفیرہ بنجاتا ہے۔ یہ جماعت بندی حرکی ریشہ جات میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔ عظیم عصبی تنوں میں

مختلف عصبی بنڈلوں کا محل معین اور مستقل ہوتا ہے۔

داخلی مابضی عصب کا شلل (paralysis of the internal popliteal nerve)۔ ٹخنے کی بسط کردگی اور انگلیوں کی خم کردگی نہیں کی جا سکتی (قابضہ طویلہ اصبعیہ، قابضہ ابہامیہ حقیقی، عضلہ قصبیہ موخر، گیسٹرو نیمیس gastrocnemius؛ اور سمکیہ soleus)۔ مریض موخر الذکر دونوں عضلات کے فعل کے معطل ہو جانے کی وجہ سے انگلیوں پر کھڑا نہیں ہو سکتا۔ پاؤں کو دروں گردہ کرنے کی طاقت میں نقص واقع ہو جاتا ہے (عضلہ قصبیہ موخر)، اور انگلیوں کی جانبی حرکت تلوے کے تمام چھوٹے عضلات کے مشلول ہو جانے کی وجہ سے زائل ہو جاتی ہے۔ انگلیوں کی اخمصی جانب اور تلوے پر اور ٹانگ کی پچھلی طرف کے زیرین نصف کے کچھ حصہ کی حس ناقص ہو جاتی ہے۔

خارجی مابضی (external popliteal) (**مشترک شنظی** (common peroneal: **عصب کے شلل** میں ٹانگ کی سامنے کی جانب کے عضلات کا فعل زائل ہو جاتا ہے، پاؤں لٹک پڑتا ہے، اور چلتے وقت انگلیاں زمین پر گھسٹتی ہیں۔ پاؤں کی نہ تو ظہری خم کردگی کی جا سکتی ہے اور نہ بروں گردانی (عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ، باسطہ ابہامیہ حقیقی، شنظی عضلات)۔ تقریب عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کی وجہ سے نامکمل رہ جاتی ہے۔ انگلیوں کی بسط کردگی صرف ذرا سی ہی ممکن ہوتی ہے جتنی کہ بین العظامی عضلات سے ہو سکتی ہے۔ پاؤں کی محراب چپٹی ہو جاتی ہے کیونکہ عضلہ شنظیہ طویلہ (peroneus longus) سے اسے جو سہارا ملتا ہے وہ غائب ہو جاتا ہے۔ رابط شنظی عصب (communicans peronei) کے شلل کی وجہ سے ٹانگ کی سامنے کی اور باہر کی طرف کی اور پاؤں کی پشت پر کی اور ٹانگ کی پچھلی جانب کے کچھ حصہ پر کی حس ناقص رہ جاتی ہے۔

کسی خاص عضلہ کو جانے والے ریشوں کی گروہ بندی سوائے اس مقام کے قرب و جوار کے جہاں یہ عصبی تنے سے باہر نکلتے ہیں کسی ایک حزیمہ (fasciculus) میں نہیں پائی جاتی۔ لہذا داخلی مابضی (internal popliteal) کی طرح کا کوئی عصبی تنا بغیر کسی

ظاہری اثر کے نمودار ہونے کے جزوی طور پر کاٹا جا سکتا ہے۔ طفلی شلل (infantile 671
paralysis) کے واقعات میں اس صورتِ حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ خارجی مابضی (external popliteal) عصب کے ماؤف ہو جانے کی حالت میں باسط عضلات کا فعل اس عصب کو ایک دھجی سے جو داخلی مابضی (internal popliteal) عصب سے جزوی طور پر علیحدہ کی گئی ہو ٹانک دینے سے ازسرِنو قائم کیا جا سکتا ہے۔

جب عظیم نسائی عصب (gerat sciatic nerve) خود مشلول ہو جاتا ہے تو سابق الذکر دونوں اعصاب کے تعطلِ فعل کے علاوہ عضلات کا ذہ کے شلل کی وجہ سے گھٹنے کے خم کردگی کی عدم استطاعت بھی پائی جاتی ہے۔ اور عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے ضعفِ قوت کی وجہ سے جارحہ کی گردش بھی بعض اوقات ناقص رہ جاتی ہے۔ شیرن نے یہ دریافت کیا ہے کہ ایسی حالتوں میں بھی عضلہ رشیقیہ (gracilis) کے فعل سے گھٹنے کی خم کردگی کی جا سکتی ہے، نیز حس تلوے کے صرف کچھ حصہ پر ہی سے کمل طور پر زائل ہوتی ہے۔

احبل کے جن قطعات میں سے جارحہ اسفل کے اعصاب نکلتے ہیں

ان کے علم سے جراح کو بعض ضررات کے مقام کی تعیین کرنے میں اکثر مدد ملتی ہے۔ عصبی جڑ کے کٹ جانے سے جیسا کہ عمود فقری کے کسر میں یا حبل نخاعی کے اندر اس کے مرکز کے تباہ ہو جانے سے ہوتا ہے عضلات کے ایک معین گروہ میں شلل نمودار ہو جاتا ہے، اور جلد کے ایک خاص رقبہ میں عدم حسیت نمایاں ہو جاتی ہے۔ جلد کے جن رقبہ جات کو قطنی اور عجزی قطعات رسد پہنچاتے ہیں وہ شکل ۸۰۵ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ اور کوچر (Kocher) کے مطابق یہ قطعات عضلات کے مندرجہ ذیل گروہوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ تیسرا قطنی، خصریہ (psoas)، حرقفیہ iliacus)، مشطیہ (pectineus)، خیاطیہ (sartorius)، اور عضلاتِ مقربہ (adductors) کو۔ چوتھا قطنی، عضلہ باسطہ ساقیہ ذوا اربعۃ الرؤس (quadriceps extensor cruris) کو۔ پانچواں قطنی، الویہ وسطیہ (gluteus medius)، اور صغیرہ (mininus) کو، اور ناشرہ رداۓ فخذیہ (tensor fasciæ femoris) اور عضلات کا ذہ (hamstrings) کو۔ پہلا عجزی،

الویہ کبیرہ (gluteus maximus)، کولہے کے قصیر مدورات (short rotators)، عضلات شنظیہ (peronei)، انگلیوں کے باسط عضلات، اور ٹخنہ کے قابض عضلات کو۔ دوسرا عجزی، گیسٹروکینمیس (gastrocnemius)، عضلہ سمکیہ (soleus)، انگلیوں کے عضلات قابضہ طویلہ، ٹخنے کے جوڑ کے باسط عضلات، اور تلوے کے عضلات کو۔

جوارح کے اعصاب جن اصولوں کے تحت منقسم ہوتے ہیں ان کے لئے طالبعلم کو صفحہ 359 کا مطالعہ کرنا چاہئے۔ جہاں تک اعصاب کے قطعاتی مبادی کا تعلق ہے جوارح اسفل میں جوارح اعلیٰ کی طرح معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ ان اختلافات کا میلان یا تو پیش بستہ (prefixed) قسم کی طرف ہوتا ہے اور یا پس بستہ (postfixed) قسم کی طرف (دیکھو صفحہ 360)۔

672

حصہ ششم

عمود فقری اور حبل شوکی

(THE SPINE AND SPINAL CORD)

باب بست و ہفتم

عمود فقری

عمود فقری کئی ایک ایسے وظائف جو بہت ہی مختلف اور پیچیدہ ہیں حیرت انگیز طور پر سرانجام دیتا ہے۔ یہ جسم کے لئے مرکزی ستون کا اور سر کے وزن کو سہارنے کے لئے استوانہ کا کام دیتا ہے، اور دھڑ کے اوپر کے اور نیچے کے حصوں کو ملاتا ہے پسلیاں اسی سے چسپیدہ ہوتی ہیں۔ اس میں ان صدموں میں جو جسم کے مختلف حصوں سے منتقل ہوتے ہیں تخفیف کرنے کا خاصہ موجود ہے۔ اسی کی بدولت معتدبہ حرکتیں جو نہایت ہی پیچیدہ ہیں ایک حیرت انگیز حد تک سرانجام پاتی ہیں۔ حبل شوکی کی گنجائش کے لئے یہ ایک ٹھوس نلی کا کام دیتا ہے۔ آخرالامر یہ توازن کے انتہائے کمال پر دلالت کرتا ہے، کیونکہ

سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں فعال عضلات کے ایک نظام سے چوبیس فقری قطعات ایک دوسرے پر متوازن ہوتے ہیں، تمام ستون عجز (sacrum) پر کھڑا ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک قاعدہ کا کام دیتا ہے، اور کھوپری اس پر تاج کی طرح رکھی ہے۔

اس کی بہت سی لچک کا اور مختلف الاقسام قوتوں کو منتشر کر دینے کی طاقت کا انحصار اس کے خموں پر ہے۔ چار خموں میں سے دو یعنی ظہری اور عجزی ابتدائی ہوتے ہیں، اور صدری اور حوضی کہفوں کے بننے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کا انحنا ان فقرات کی شکل کی وجہ سے جن پر یہ مشتمل ہوتے ہیں مستقل ہوتا ہے۔ دوسرے دونوں عنقی اور قطنی
673
تعویضی خم ہوتے ہیں۔ اور ان کا زیادہ تر انحصار عضلات کے فعل اور میان فقری اقراص کی شکل پر ہوتا ہے۔ ظہری اور عجزی خم جنینی زندگی میں پیدا ہوتے ہیں۔ اور قطنی اور عنقی پیدائش کے بعد نمودار ہوتے ہیں جبکہ بچہ سیدھا کھڑا ہونا سیکھ جاتا ہے۔ شیر خوار بچہ کا عمود فقری سیدھا معلوم ہوتا ہے۔ کم عمر بچہ کی کمر میں صرف ایک ہی نمایاں خم ہوتا ہے، یہ عمومی عمود کا خلفی انحنا ہوتا ہے جو تسنم (kyphosis) کی حالت ہے۔ جب شیر خوار بچہ پہلے پہل سیدھا بیٹھنا سیکھتا ہے تو عمود فقری بھی یہی خاکہ اختیار کرتا ہے۔ اور بعض کمزور بچوں میں اور خاصکر ان بچوں میں جو کساحت (rickets) سے مرض زدہ ہوں یہ انحنا اکثر بہت ہی نمایاں ہوتا ہے۔

بین فقری اقراص (intervertebral discs) تعداد میں تیئیس ہوتے ہیں اور عمود فقری کے طول کا تقریباً ایک چوتھائی حصہ انہی پر مشتمل ہوتا ہے اگر اقراص کو علیحدہ کر لیا جائے اور فقرات کو خشک حالت میں جوڑا جائے تو عنقی اور قطنی انحدابات تقریباً غائب ہو جاتے ہیں۔ اور ستون میں صرف ایک ہی خم دکھائی دیتا ہے جس کا انقعار آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور جس کا نمایاں ترین حصہ خطۂ ظہری کے وسط سے عین نیچے کے حصہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ خم اس خم سے کسیقدر مشابہ ہوتا ہے جو بوڑھوں کے عمود فقری میں دیکھا جاتا ہے، اور ان میں یہ زیادہ تر بین فقری اقراص کے سکڑ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

عمود فقری کی حرکتیں ایک بڑی حد تک انہی اقراص کی وجہ سے واقع ہوتی ہیں۔

اور یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ یہ انہی خطوں میں سب سے زیادہ نمو یافتہ ہوتے ہیں جن میں سب سے زیادہ حرکت واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں عمود فقری کو لچک دینے اور عضلی فعل میں کفایت کرنے کے لئے یہ کمانیوں کا فعل سرانجام دیتے ہیں، اور ساتھ ہی ان صدموں کے اثرات میں تخفیف کرنے کے لئے جو عمود فقری میں منتقل ہوتے ہیں حائلوں کا کام بھی دیتے ہیں۔

اکیلے اکیلے دو فقرات کے درمیان جو حرکت واقع ہوتی ہے وہ گو وسیع نہیں ہوتی مگر عمود فقری میں بحالت مجموعی جس درجہ تک حرکت واقع ہو سکتی ہے وہ معتدبہ ہے۔ اگرچہ جانبی حرکتیں اور خم کردگی اور بسط کردگی کی حرکتیں ظہری خطہ میں محدود ہوتی ہیں مگر گردش کی حرکتیں آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس لئے التوا (scoliosis) اس خطہ میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آگے پیچھے کی حرکتیں (خم کردگی اور بسط کردگی) اور ایک طرف سے دوسری طرف کی حرکتیں (جانبی خم کردگی) عنقی اور ظہری قطنی اور قطنی خطوں میں سب سے زیادہ آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ جراحی نقطہ نگاہ سے عمود فقری کا کمزور ترین مقام نویں ظہری اور تیسرے قطنی فقرات کا درمیانی حصہ ہے۔ یہاں پر ایک طرف سے دوسری طرف کی اور پیچھے سے آگے کی حرکتیں نہایت آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس خطہ سے اوپر عمود فقری کو صدر سے سہارا ملتا ہے اور نیچے بین فقری اقراص زیادہ بڑے اور زیادہ مضبوط ہوتے ہیں اور سہارا دینے والے رباطات اور عضلات بہتر نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ 674

اس امر پر جہاں تک بھی زور دیا جائے کم ہے کہ کمر اور دھڑ کے عضلات ہی عمود فقری کو سیدھا قائم رکھنے کے لئے واحد عوامل ہیں۔ جونہی ان کا عمل زائل ہوتا ہے عمود فقری کی استواری غائب ہو جاتی ہے اور اس میں ہبوط واقع ہو جاتا ہے۔ عضلات کے چاروں گروہ جو عمود فقری پر عمل کرتے ہیں اس امر سے تعلق رکھتے ہیں اور وہ یہ ہیں:۔ باسطات (ناصبہ شوکیہ : erector spinæ)۔ قابضات (عنقیہ طویلہ، عضلات مختلف الاضلاع، قطنیہ مربعہ)۔ جانبی قابضات (ناصبہ شوکیہ، قطنیہ مربعہ، عضلات موربہ داخلہ و خارجہ)۔ مدورات (عضلات موربہ داخلہ و خارجہ، عضلہ شوکیہ متعدد الحصص : multifidus spinæ)، عضلہ شوکیہ نصفیہ (semispinalis)، اور عضلات مدورہ شوکیہ (rotators spinæ)۔ ان عضلات سے فقرات ایک دوسرے پر اپنے اپنے

بین فقراتی اقراص پر متوازن رہتے ہیں ۔ رباطات ڈھیلے ہوتے ہیں اور مفصلی زائدوں کی سطحیں ایک دوسری سے صرف تھوڑی ہی سی چھوتی ہیں ۔ جب دیر تک سیدھے کھڑے ہونے سے عضلات میں خستگی نمودار ہونے کو ہوتی ہے تو کسیقدر گردش اور جانبی خم کرد گی عمل میں لانے سے کسی حد تک آرام مل سکتا ہے ۔ اس سے مفصلی زائدے ایک دوسرے سے مضبوطی سے مل جاتے ہیں اور رباطات کسیقدر زنیدہ ہو جاتے ہیں اور کسی قدر انفعالی سہارا مل جاتا ہے ۔ مثال کے طور پر مدرسہ کے بچے کچھ عرصہ تک سیدھا بیٹھ کر ایک بازو ڈیسک پر رکھ لیتے ہیں ۔ اور جسم کو یہاں تک گھما دیتے ہیں کہ فقرات کسی حد تک استواری سے مثبت ہو جاتے ہیں ۔ اس وضع میں عضلات کو آرام مل جاتا ہے لیکن اگر اس وضع کو کثرت سے اختیار کیا جائے تو عضلات کا فعل کمزور ہو جاتا ہے ، اور عمود فقری میں ایک جزوی التوا (partial scoliosis) مستقل طور پر پیدا ہو جاتا ہے ۔ 675

التوا (scoliosis) ۔ فقرات کے شوکہ جات قلیل التعداد اشخاص ہی میں نیچے تک عین سیدھے خط میں واقع ہوتے ہیں ۔ ایک خفیف سا جانبی انحنا عام طور پر پایا جاتا ہے ۔ اگر حوض ایک جانب کو سرک جائے جیسا کہ جوارح کے طول کے غیر مساوی ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو ایک تعویضی جانبی خم پیدا ہو جاتا ہے ۔ التوا (scoliosis) میں جانبی انحنا کے ساتھ فقرات کی گردش بھی پائی جاتی ہے ، ان کے شوکی زائدے انحنائے التوا کے قعر کی طرف پھر جاتے ہیں ، اور ان کے جسم اس کے انحداب کی طرف ۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اکیلے شوکی زوائد کی وضع کو خیال میں رکھنے سے اجسام فقرات کا جو انحراف منحنی جانب کی طرف کو ظاہر ہوتا ہے وہ ہمیشہ اس سے زیادہ ہوتا ہے ۔ عام ترین خم وہ ہے جس کا انحداب دائیں جانب کو ہوتا ہے ، اور چھوٹا تعویضی خم قطنی خطہ میں یا شائد گردن میں مخالف سمت میں ہوتا ہے ۔ پسلیوں میں ثانوی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن سے دائیں جانب پر ان کے زاویوں کے قریب ایک ابھار پیدا ہو جاتا ہے ، اور اس لئے کتفی زاویہ بیجا طور پر نمایاں ہو جاتا ہے ۔ سامنے کی طرف چھاتی کا بایاں حصہ پیچھے کی پسلیوں میں زاوئیے پیدا ہو جانے اور ان کے ابھر آنے کی وجہ سے آگے کی طرف کو

شکل آتا ہے ۔ یہ زمانۂ ریعان کا مرض ہے، اور خاصکر لڑکیوں میں پایا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ شوکی عضلات کی کمزوری بھی پائی جاتی ہے۔

ہر ایک فقرہ کے تین بیرم ہوتے ہیں ایک موخر (شوکی زائدہ)، دو جانبی (مستعرض زائدے جو پسلیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں) ۔ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) جانبی بیرموں پر فعل کرتا ہے ۔ عضلہ شوکیہ متعدد التخصص (multifidus spinæ) اور وہ عضلات جو جارحہ اعلیٰ کے لئے ہوتے ہیں موخر بیرم پر فعل کرتے ہیں ۔ مناسب ورزشوں سے ان عضلات کی تربیت کرنے سے فقرات کو ان کی طبعی وضع پر از سرِ نو قائم کیا جا سکتا اور برقرار رکھا جا سکتا ہے ۔ پسلیاں مضبوط ترین شوکی بیرم ہیں ۔ جو ورزشیں عمود فقری کے تشوہات کی اصلاح کے لئے مقرر کی جاتی ہیں ان میں اس امر کا خیال رکھنا چاہئے ۔ تمام تنفسی عضلات ضلعی بیرموں کے ذریعہ سے عمود فقری پر بالواسطہ فعل کرتے ہیں ۔ اس لئے تنفسی ورزشیں وضعی نقائص کے علاج کے لئے موزوں ہیں ۔

676 ڈاکٹر ہالس ڈیلی (Dr. Halls Dally) نے ثابت کیا ہے کہ تنفس کے جملہ اقسام میں اور خاصکر زور زور سے سانس لینے میں شوکی حرکات ہمیشہ موجود ہوتے ہیں ۔

عمود فقری کی موچیں (sprains of the vertebral column)۔

اس حصہ میں بہت سے جوڑوں اور رباطات کی موجودگی اور ان شدید حرکتوں کی وجہ سے جو اس میں پیدا ہو سکتی ہیں موچیں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے ۔ مگر یہ ضررات زیادہ وسیع نہیں ہو سکتے کیونکہ فقرات فرداً فرداً اتنے قریبی طور پر جڑے ہوتے ہیں کہ جو طاقت رباطات کی خفیف سی دریدگی پیدا کرنے کے علاوہ کوئی دوسرا ضرر پیدا کرنے کے لئے کافی ہو اس سے ان ہڈیوں کے کسر یا خلع کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

موچیں عمود فقری کے عنقی اور قطنی قطعات میں نہائت کثرت سے پائی جاتی ہیں ۔ اس تخصیصِ مقام کا انحصار ان قطعات کی حرکت پذیری اور ان کے اس رجحان پر ہے جو ان میں اس چوٹ کو جو ان تک منتقل ہوتی ہے منتشر کرنے اور اس لئے اسے زیادہ عمومی بنانے کی طرف ہوتا ہے ۔ اس لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ چوٹ جتنی مختص المقام ہوگی اس کے موچ کی نسبت کسر یا خلع پیدا کرنے کا اتنا ہی زیادہ

امکان ہوگا۔

مزید برآں عنقی خطہ میں موچ پیدا ہونے کا رجحان سر کے عمود فقری سے قریب ہی جڑے ہونے اور اس کی چوٹ کے شوکہ میں منتقل ہو جانے کے امکان سے بڑھ جاتا ہے۔ جب سے رنتجن (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال ایسی چوٹوں کی تشخیص کے لئے رائج ہوا ہے اس سے یہ ظاہر ہو گیا ہے کہ بہت سے ایسے ضررات جن کو پہلے موچیں تصور کیا جاتا تھا، درحقیقت فقرہ کے جسم یا عصبی محراب (neural arch) کے کسور ہوتے ہیں۔

عمود فقری کی موچوں میں یہ ضروری نہیں کہ انکے ساتھ کدم (ecchymosis) کی خارجی علامات موجود ہوں، کیونکہ جلد اور عمود فقری کے درمیان نہ صرف عضلات کی بہت سی تہیں ہی حائل ہوتی ہیں بلکہ ردا کے کثیف پھیلاؤ بھی موجود ہوتے ہیں۔ کمر کی موچ میں اکثر بہت سا درد اور کڑا پن پایا جاتا ہے جو ضرر کے فوری اثرات کے گذر جانے کے بہت عرصہ بعد تک موجود رہتا ہے۔ اس قسم کی حالت کی اس امر پر غور کرنے سے توجیہ ہو سکتی ہے کہ عمود فقری میں علیحدہ علیحدہ مفاصل کی بہت سی تعداد پائی جاتی ہے جن میں سے ہر ایک میں غضروف اور زلالی غشا اور کیسی رباطات موجود ہوتے ہیں۔ 677

بعض واقعات میں پانچویں قطنی فقرہ کے مستعرض زائدے جسیم ہوتے ہیں اور جب جسم کو جانبین پر حرکت دی جاتی ہے تو وہ عجز کے قاعدہ سے ملجاتے ہیں (تعجز: sacralization)۔ ایسی حرکتوں کے ساتھ بعض اوقات درد پایا جاتا ہے اور یہ حرکتیں عمود فقری کے قطنی خطہ کی کمزوری کی بعض صورتوں کا باعث بھی ہوتی ہیں (گولڈتھویٹ: Goldthwaite)۔

عمود فقری کے کسور اور خلوع۔ عمود فقری کو جو چوٹ پہنچتی ہے اس کے اثرات میں اس کی عمومی لچک، اور اس کے خموں، اور اس کے متعدد علیحدہ علیحدہ قطعات سے مرکب ہونے کی وجہ سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ ہر ایک فقرہ ساتھ کے اوپر کے یا نیچے کے فقرہ سے تین نقاط تماس پر ملتا ہے، یعنی جسم اور مفصلی زوائد پر

جسم بین فقری قرص سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں جو چوٹ کے اثرات کی ترمیم کرنے کے لئے ایک عمدہ کمانی یا حائلہ کا کام دیتا ہے مفصلی زوائد کم وبیش فانہ نما ہوتے ہیں اور ایک کی تپلی کور دوسرے کے قاعدہ سے ملی ہوتی ہے ۔ جب کبھی کسی ایسی قوت کا اثر جس کا رجحان فقرات کو ایک دوسرے پر مضغوط کرنے کی طرف ہو عمود فقری پر پڑتا ہے تو دو فانوں کے قاعدے ایک دوسرے سے زیادہ قریب ہوجاتے ہیں، اور اس طرح ضاغط قوت کو زیادہ مزاحمت کا سامنا کرنا پڑتا ہے ۔

عمود فقری کے وہ حصے جن کو ضرر پہنچنے کا سب سے زیادہ احتمال ہے مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) اطلسی محوری (atlanto-axial)، (۲) عنقی ظہری (cervico-dorsal)، اور (۳) ظہری قطنی (dorso-lumbar)۔ اطلسی محوری خطہ کے حصوں میں نہ صرف معتدبہ حد تک حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ سر کی چوٹوں کی بہت سی قسمیں ان پر بہت بلا واسطہ اثر انداز بھی ہوتی ہیں ۔ دوسرے دو خطوں سے یہ معلوم ہوجائے گا کہ شوکہ کا ایک لچکدار حصہ مقابلۃً استوار قطعہ سے ملتا ہے ۔ اور اس لئے جو قوت عمود فقری کے ان حصوں میں سے کسی ایک پر اثر کرتی ہے اسکے منتشر ہونیکی نسبت مرتکز ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے ۔ قص (sternum) اور پسلیاں عمود فقری کے ظہری حصہ کے لئے جبیرہ کا کام دیتی ہیں ۔ میکانیہ مذکور کی توضیح ایک طرح سے اس امر سے کی جاسکتی ہے کہ جب مچھلی پکڑنے کی بنسی تڑختی ہے تو یہ عام طور پر کسی جوڑ کے قریب سے ٹوٹتی ہے، 678
یعنی ایسے مقام پر جہاں بنسی کا لچکدار حصہ کم لچکدار حصہ سے ملتا ہے ۔ مزید برآں ظہری قطنی خطہ میں اگرچہ فقرات کو اتنا ہی وزن برداشت کرنا پڑتا ہے جتنا کہ اصلی قطنی خطہ کے فقرات کو مگر ان کی جسامت غیر متناسب طور پر چھوٹی ہوتی ہے ۔ مزید برآں عمود فقری کے وسط کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے یہ بیرمیت کی کسی زبردست مقدار سے تمام اطراف پر متاثر ہوسکتے ہیں ۔

عمود فقری کی تمام چوٹوں کے خطرناک ہونے کا انحصار حبل کو ضرر پہنچنے کے خطرہ پر ہے جو عمود فقری کے اندر بند ہوتی ہے ۔ اس پیچیدگی کی عدم موجودگی میں اس خطے کے کسور اور خلوع بخوبی درست ہوجاتے ہیں ۔ اور اگر مریض زندہ رہے تو

قبل الذکر ضرات تقریباً ہمیشہ آسانی سے ٹھیک ہو جاتے ہیں۔
فقراتی قنال کے اندر حبل کا محل اور اُس کے اغشیہ کی ترتیب وہ امور ہیں جو چوٹ کے تضرر سے بچنے کے لئے بہت سی سہولتیں مہیا کرتے ہیں۔ جب بعد میں حبل کا ذکر کیا جائے گا تو ان پر بحث کی جائے گی۔ تاہم یہاں اس امر کا ذکر کیا جا سکتا ہے کہ فقرات کی بناوٹ اور ان کا باہمی تعلق ایسے خواص ہیں جو ان حالتوں میں بھی جب کہ یہ خود بہت بڑی حد تک ضرر رسیدہ ہوں حبل کی بہت سی محافظت کرتے ہیں۔ "عمود فقری کے مرکز میں واقع ہونے کی وجہ سے یہ (حبل شوکی) ان قوتوں کے لحاظ سے جن سے کسر پیدا ہو سکتا ہے اثر ناپذیر محل پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ یہ میکانیات کا ایک قانون ہے کہ جب کوئی شہتیر (مثلاً عمارتی لکڑی کا) معرض شکست میں لایا جاتا ہے اور اس پر جو قوت اثر کرتی ہو وہ اُس کی طاقت کے حدود سے زیادہ نہیں ہوئی تو اس کا ایک حصہ ضغطہ کی مزاحمت کرتا ہے، اور دوسرا ذرات کی دریدگی کی، اور تیسرا یعنی دونوں کے درمیان کا ایک منفی حالت میں رہتا ہے" (جیکبسن : Jacobson، ہولمس : Holmes کا "نظام")۔ اصل بات یہ ہے کہ عمود فقری کے کسور اکثر ایسی چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو عمود فقری کو آگے کی طرف کو جھکا دیتی ہے۔ ایسی حالت میں مقدم قطعہ پر ضغطہ اثر انداز ہوتا ہے، اور موخر پر دریدگی کا اثر پڑتا ہے، اور وسطی اثر ناپذیر حالت میں رہتا ہے۔ جب عمود فقری کا بغور معائنہ کیا جاتا ہے تو یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقدم حصہ جو عظیم الجسامت شبکئی اجسام سے مرکب ہوتا ہے ضغطہ کے اثرات کو مزاحمت پیش کرنے کے لئے بخوبی متوافق ہوتا ہے، اور اُس کے موخر حصے جو زیادہ چھوٹی اور زیادہ پیوستہ اجزا ہڈیوں سے مرکب ہوتے ہیں اور بہت سے مضبوط رباطات سے گھرے ہوتے ہیں دریدگی پیدا کرنے والی طاقت کی مزاحمت کرنے کے لئے بخوبی مرتب ہوتے ہیں۔ حبل شوکی کے لئے جو ان دونوں حصوں کے درمیان واقع ہوتی ہے نہایت ہی کم خطرہ ہوتا ہے۔ 679
فقرات میں کسر بغیر خلع کے واقع ہو سکتا ہے، لیکن خلع بغیر کسر کے شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔
درحقیقت ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عمود فقری کا خلع ہڈی کے کسر کے بغیر ظہری

یا قطنی خطوں میں واقع نہیں ہو سکتا۔ جیکبسن (Jacobson) اس مضمون میں جس کا حوالہ ہم نے اوپر دیا ہے لکھتا ہے کہ " میں یہ صحیح سمجھتا ہوں کہ ان سالوں میں قطنی یا ظہری فقرات کے خلع کا کوئی ایسا مندرجہ اور مکمل طور پر مصدقہ واقعہ نہیں ملا جو فقری جسم کے یا مستعرض یا مفصلی زائدوں کے کسر کے بغیر ہو۔ مگر میں (سی سی۔ چوائس) نے غالباً ایک عدیم المثال واقعہ پر عملیہ کیا ہے جس میں دسویں اور گیارھویں ظہری فقرات کے درمیان خلع بغیر کسر کے واقع ہو گیا تھا۔ کچھ بلندی سے ایک بھاری تھیلا جھکے ہوئے آدمی کے کندھوں پر گر گیا تھا، اور حبل پر دباؤ پڑنے کے علامات موجود تھے۔ عملیہ کرنے پر گیارھویں فقرہ کے بالائی مفصلی رنجے دسویں فقرہ کے ورقہ کے آگے واقع ہونے کے بجائے اس کی پشت پر پائے گئے۔ رباطات میں بہت سی دریدگی پائی گئی مگر کوئی کسر معلوم نہیں ہوا۔

بہرحال عمود فقری کے عنقی حصہ میں خلع بغیر کسر کے پایا جاتا ہے۔ جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو پانچواں فقرہ ہی نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے جو اپنے اوپر کے بقیہ عمود فقری کے ساتھ آگے کی اور نیچے کی طرف کو ٹل جاتا ہے۔ یہ خلع بالعموم دوجانبی اور غیر مکمل ہوتا ہے۔ اور سر کی اور عمود فقری کے بالائی حصہ کی آگے کی اور نیچے کی طرف کی جبری خمیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جب یہ زیادہ اونچا واقع ہوتا ہے تو بدوضعیت بلعوم میں سے امتحان کرنے سے بخوبی محسوس کی جا سکتی ہے۔ بدشکلی بعض اوقات خفیف سی ہوتی ہے، 680 اور شوکی ضرر نظر انداز کیا جا سکتا ہے۔ خلع کے لیول سے نیچے کا شلل بعض اوقات غیر مکمل ہوتا ہے جس سے عضدی ضفیرہ کو نقصان پہنچنے کی تشخیص کی جا سکتی ہے درآنحالیکہ ضرر حقیقتہً حبل اور عمود میں پایا جاتا ہے (شیرن: Sherren) مکمل دوجانبی خلع میں حبل بالعموم بہت بری طرح سے کچلی جاتی ہے۔ ان خلوع کی ترجیع جبری بسط کردگی سے کی جا چکی ہے، اگرچہ ایسی حالتیں جن میں یہ طریق کار قرین مصلحت ہوتا ہے نہ تو کثیر الوقوع ہیں اور نہ بہت نمایاں طور پر واضح ہی ہوتی ہیں۔

چونکہ شدید ضربات میں خلع اور کسر عام طور پر اکھٹے واقع ہوتے ہیں اس لئے ان ضربات کا ذکر **کسری خلع** (fracture-dislocation) کے عنوان کے تحت کیا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور بعض اوقات بلاواسطہ سے۔

(ا) بالواسطہ ضرب سے پیدا شدہ چوٹیں بے حد کثیر الوقوع ہیں۔ یہ سر یا عمود فقری کے محل ضرر سے اوپر آگے یا نیچے کی طرف بہت زور سے خمیدہ ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ چنانچہ عمود عنقی اتھلے پانی میں سر کے بل چھلانگ مارنے سے ایک سے زیادہ مرتبہ شکستہ ہو چکا ہے۔ یہ حوادث جنگ عظیم کے پہلے موسم گرما میں خاص طور پر کثیر الوقوع تھے جبکہ زیر تربیت برطانوی سپاہی ایسے اتھلے چشموں میں نہاتے تھے جن کے متعلق انھیں واقفیت نہیں ہوتی تھی۔ تمام واقعات میں خلع عنقی خطہ کے زیرین حصہ میں واقع ہوا جہاں عمود فقری کا لچکدار عنقی حصہ اس کے زیادہ استوار ظہری قطعہ سے ملتا ہے۔ کئی ایک واقعات میں موت بیہوش مریض کو بے احتیاطی سے اٹھانے سے واقع ہوئی کیونکہ اس حالت میں حبل کا عنقی حصہ ایسی حرکتوں کے دوران میں جو بے احتیاطی سے کی گئیں غیر محفوظ اور ضرر کے لئے معرا تھا۔

گردن کی پشت پر بھاری تھیلا گرنے سے عمود فقری کے حد سے زیادہ جھک جانے سے ظہری فقرات مکسور ہو چکے ہیں، اور اپنی جگہ سے ٹل چکے ہیں۔ چوٹ کی یہ قسم عنقی اور بالائی ظہری خطوں میں نہایت کثرت سے پائی گئی ہے۔ عمود فقری کے ان حصوں میں بہت سی حرکت پذیری پائی جاتی ہے۔ جن اجسام سے یہ حصے مرکب ہوتے ہیں وہ بڑے نہیں ہوتے اور سر پر چوٹ لگنے سے متاثر ہو جاتے ہیں۔ بخوبی نمایاں واقعہ میں
681 ماؤف فقرات کسیقدر کچلے جاتے ہیں، اور جو بدشکلی عام طور پر واقع ہوتی ہے اس کا انحصار اوپر کے مرکز بینہ (centrum) کے نیچے کے مرکز بینہ پر نیچے کی اور آگے کی طرف پھسلنے پر ہوتا ہے۔ کوئی سے دو فقرات کی مکمل غیر وضعیت موخر زوائد کے ایک دوسرے پر جم جانے کی وجہ سے باز رہتی ہے۔ بعض واقعات میں خلع مکمل ہوتا ہے، اور یہ حالت عمود فقری کے قطنی حصہ میں نہایت ہی قلیل الوقوع ہے۔

عنقی اور ظہری خطوں میں خلع کے بعد حصے اکثر اپنی طبعی وضع پر از سر نو قائم کئے جا سکتے ہیں۔ گر صُلب میں ان کو اصلی وضع پر از سر نو لانا بالعموم ناممکن ہوتا ہے، کیونکہ بڑے بڑے مضبوط مفصلی زائدے ایک دوسرے سے پیوست ہو جاتے ہیں۔

گردن میں ورقہ جات اور شوکہ جات بعض اوقات مکسور ہو جاتے ہیں مگر

مفصلی زائدے جو عریض اور تقریباً افقی ہوتے ہیں اس حالت میں بھی جبکہ حصوں میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہو بچ جاتے ہیں۔ عمود فقری کے ظہری حصہ میں ورقہ جات اور مفصلی زوائد غیر وضعیت واقع ہونے کی صورت میں ہمیشہ علیحدہ ہوجاتے ہیں قطنی حصہ میں مفصلی زوائد اکثر کسر سے بچ رہتے ہیں گو یہ ایک دوسرے سے بہت بری طرح سے دور ہٹ جاتے ہیں۔ تمام واقعات میں بین فقری اقراص کم وبیش دریدہ ہوجاتے ہیں اور فوق شوکی اور بین شوکی اور کیسی رباطات اور زیر اصفری رباطات (ligamenta subflava) بھی پھٹ جاتے ہیں۔ جب اجسام بہت کچلے جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے دور ہٹ جاتے ہیں تو مقدم اور موخر مشترک رباطات بالعموم منشق ہوجاتے ہیں۔

(ب) بلا واسطہ چوٹ سے جو کسری خلوع (fracture-dislocations) واقع ہوتے ہیں ان میں ضرر عمود فقری کے کسی حصہ پر بھی پایا جا سکتا ہے۔ کمر پر کسی قسم کی بلا واسطہ چوٹ لگنے پر عمود فقری چوٹ کے مقام پر پیچھے کی طرف جھک جاتا ہے۔ تضررات کی سابق الذکر قسم میں یہ معلوم ہوگیا ہوگا کہ فقرات کے مقدم قطعات پر ضغطہ اثر انداز ہوتا ہے اور موخر قطعات پر دریدگی اور انفصال اجزا کا اثر پڑتا ہے۔ بلا واسطہ چوٹ سے جو ضررات واقع ہوتے ہیں ان میں چوٹ کی حالت بالعکس ہوتی ہے۔ موخر قطعات دب کر کچلے جاتے ہیں۔ اور فقرات کے اجسام جو عمود کے سامنے کی طرف واقع ہوتے ہیں علیحدہ ہوجاتے ہیں۔

اس قسم کے حادثہ میں زیادہ غیر وضعیت بہت شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ فقرات میں علیحدگی پیدا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ چوٹ نہایت ہی شدید ہو اور عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ اس کی قوت شوکی قطعات کے موخر حصوں کے کچلنے ہی میں صرف ہوجاتی ہے۔ 682
اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بلا واسطہ چوٹ سے پیدا شدہ ضررات میں بالواسطہ چوٹ سے پیدا شدہ ضررات کی نسبت حبل کا تضرر قلیل الوقوع اور کم شدید ہوتا ہے۔

اطلسی محوری خطہ میں اطلس اور قذالی ہڈی بلا واسطہ چوٹ سے ایک دوسرے سے مخلوع ہوچکے ہیں، گو نہایت کثیر الوقوع ضرر قبل الذکر کا خلع ہے جو محور پر واقع ہوتا ہے اس ضرر کے ساتھ سنی زائدہ (odontoid process) کا کسر ہمیشہ نہیں مگر عام طور پر

پایا جاتا ہے ۔ اطلس کا مستعرض زائدہ زائدۂ حلمیہ اور جبڑے کے درمیان محسوس کیا جا سکتا ہے جبکہ یہ طبعی وضع پر ہو (آئی کارنر : E. Corner)۔

شوکی زائدے ایسے ضربات سے جو بخوبی مختص المقام ہوں، یا دفعتہً بار پڑنے سے، یا عضلی فعل سے پیدا شدہ انقباضات سے شکستہ ہو سکتے ہیں ۔ عمود فقری کے عنقی خطہ کے زیرین حصہ کے نمایاں شوکے اور ظہری خطہ کے طویل زائدے اکثر اس ضرر سے متاثر ہوتے ہیں ۔ قطنی شوکے اتنی کثرت سے مکسور نہیں ہوتے کیونکہ یہ نسبتہً چھوٹے اور کمر کے عضلات سے بخوبی محفوظ ہوتے ہیں ۔

جب سے تشخیص میں مدد حاصل کرنے کے لئے لاشعاعوں کا استعمال شروع ہوا ہے یہ معلوم ہوا ہے کہ گرنے اور فوری عضلی جہد سے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کا کسر قلیل الوقوع نہیں ۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئیے کہ ضلعی زائدہ کا پہلے قطنی فقرہ سے چسپیدہ ہونا کوئی غیر معمولی امر نہیں — قطنی پسلی (lumbar rib) — چنانچہ ایسی حالت سے مستعرض زائدہ کے کسر سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے ۔ بہت زور لگانے میں مثلاً کمر پر بھاری بوجھ اٹھانے یا اٹھا کر لے جانے میں عضلۂ خصریہ (psoas) اور عضلۂ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) قطنی فقرات کے مستعرض زوائد میں جن سے یہ چسپیدہ ہوتے ہیں بعض اوقات حقیقتہً کسر واقع کر دیتے ہیں ۔

کسری خلع (fracture-dislocation) اور اکیلے کسر کی بعض حالتوں میں ورقوں (laminæ) اور شوکی زائدوں کا جزوی استیصال کیا گیا ہے (ورقہ برآری : laminectomy)۔ اس طریقہ سے قنال شوکی آزادانہ طور پر کھولی جا چکی ہے اور
683 منصب خون کو نکل جانے دیا ہے اور حبل دباؤ سے آزاد کی جا چکی ہے ۔ ورقے حتی الامکان مستعرض زائدہ کے پاس سے کاٹے جاتے ہیں ۔ اور لوچ دار زیر اصفری رباطات (ligamenta subflava) کو احتیاط سے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے ۔

عمود فقری تک وسطی شگاف میں سے رسائی کی جاتی ہے، اور بڑے بڑے عضلی تودے طرفین پر شوکی زائدوں اور ورقوں سے علیحدہ کر دئے جاتے ہیں ۔ چونکہ

زخم تقریباً وسطی ہوتا ہے اس لئے جریان خون مفرط نہیں ہوتا۔ وریدوں کا ظہری شوکی ضفیرہ شوکوں کے ساتھ ساتھ اور ورقوں کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ ورقوں کی عمیق سطح پر موخر طولی شوکی وریدیں واقع ہوتی ہیں۔

یہ عملیہ ایسے شلل کے واقعات میں جو حبل پر اپنی جگہ سے ٹلی ہوئی ہڈی کا دباؤ پڑنے سے پیدا ہوا ہو، یا عمود فقری کی بوسیدگی (پاٹ کے مرض: Pott's disease) میں حبل کے تدرنی اریکی بافت یا ارتشاحات سے دبنے سے نمودار ہوا ہو، کامیابی سے سرانجام دیا جا چکا ہے۔ بہرحال یہ ضرور معلوم ہو جانا چاہئے کہ موخرالذکر قسم کے عارضہ میں ازخود شفایاب ہو جانے کا رجحان پایا جاتا ہے۔

684

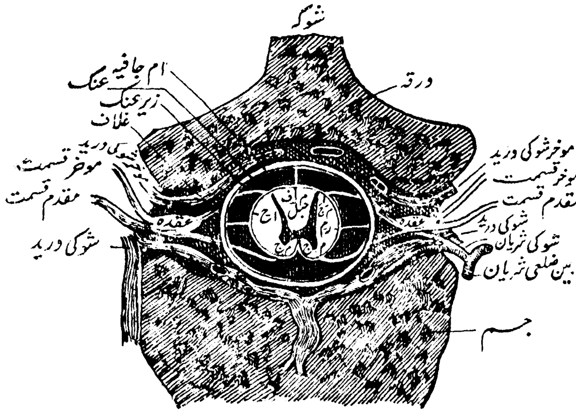
باب بست و ہشتم

حبل شوکی

(THE SPINAL CORD)

حبل شوکی (spinal cord) بالغوں میں تقریباً ۱۸ انچ لمبی ہوتی ہے، اور سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین حاشیہ سے لیکر پہلے قطنی فقرہ کے جسم کی زیرین کور تک پھیلی ہوتی ہے۔ بعض حالتوں میں اور خاص کر بچوں اور لڑکوں میں یہ دوسرے بلکہ تیسرے قطنی فقرہ پر ختم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں آخری ظہری فقرہ پر۔ یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ عمود فقری کی خمیدگی کے دوران میں حبل ذرا اوپر اٹھ جاتی ہے۔ جب جسم کو خمیدہ کیا جاتا ہے اور بازو باہر کی طرف کو پھیلا دئے جاتے ہیں تو اس کا قطنی حصہ ۰ا ملی میٹر اوپر اٹھ جاتا ہے۔ جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں تمام فقری قنال نخاع شوکی سے شروع سے لیکر اخیر تک پُر ہوتی ہے، لیکن تیسرے مہینے کے بعد قنال اور قطنی اور عجزی اعصاب حبل کے مقابلہ میں اتنی تیزی سے بڑھتے ہیں کہ بوقت پیدائش یہ تیسرے قطنی فقرہ سے متجاوز نہیں ہوتی۔ یہ ظاہر ہے کہ چوٹوں کے سلسلہ میں یہ امر بہت مفید ثابت ہوتا ہے کہ حبل شوکی فقری ستون کے اس حصہ میں موجود نہیں ہوتی جو اسطوانہ کے قاعدہ سے ملا ہوا ہے، اور جس میں نہ صرف معتد بہ حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ

اس کے مروڑے جانے اور اس پر بار پڑنے کا بھی احتمال ہوتا ہے۔ ام جافیہ (dura mater)، عنکبوتیہ (arachnoid) اور دماغی نخاعی سیال کا اجتماع عجز۔ کے تیسرے ٹکڑے تک پھیلے ہوئے ہیں (شکل ۱۶۰)۔ لہٰذا عمود فقری کی وہ چوٹیں جو اتنی نیچی لگیں جتنا نیچا کہ موخرالذکر مقام ہوتا ہے اسحیہ میں التہاب پیدا کرنے سے مہلک ثابت ہو سکتی ہیں۔ حبل ظہری خط میں ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۰ ملی میٹر اور مقدم موخر رخ میں
۸ ملی میٹر ہوتی ہے عنقی کلانی پانچویں اور چھٹے عنقی فقرہ کے بالمقابل سب سے بڑی ہوتی ہے 685



شکل ۱۵۹ - حبل شوکی، اغشیہ، اور شوکی قنال میں سے گزرتی ہوئی تراش۔
م۔ج۔ مقدم جڑ کے مبدا پر۔ مَ۔جَ۔ موخر جڑ کے مبدا پر۔ م۔ف۔ موخر فاصل۔ ل۔ح۔ احمرشو۔
ں۔م۔ رباط مسنن۔ عنکبوتیہ (عنک)، ام جافیہ اور زیر عنکبوتی فضا ظاہر کی گئی ہے۔

جہاں اس کی پیمائش ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے۔ قطنی کلانی کا سب سے بڑا حصہ بارھویں ظہری فقرہ کے مقابل ہوتا ہے جہاں اس کی جانبی پیمائش تقریباً ۱۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔

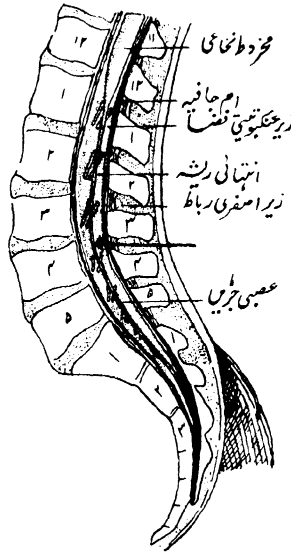
شوکی ام جافیہ (spinal dura mater) مضبوط اور دبیز غشا ہوتی ہے

اور اس کے اور فقری قنال کی دیواروں کے درمیان ایک کافی عریض فضا پائی جاتی ہے جس میں ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت اور وریدوں کا ایک ضفیرہ پایا جاتا ہے (شکل ۱۵۹) ۔ یہ غشا لوچدار ہوتی ہے اور جب حبل کسی کچل دینے والی قوت سے مکمل طور پر کٹ جاتی ہے تو اس کو بعض اوقات ضرر نہیں پہنچتا ۔ یہ بآسانی سمجھ میں آجائیگا کہ عمود فقری کو چوٹ لگنے سے اسحیہ میں جو ضرر اور التہاب واقع ہوتا ہے وہ اس قسم کی ان پیچیدگیوں کی نسبت جو کھوپری کی چوٹوں کے بعد پیدا ہوتی ہیں بہت قلیل الوقوع ہوتا ہے ۔ نخاعی ام جافیہ کے ڈھیلے پن سے، اور اس کے ہڈی کی چپیدگی سے جو کہیں کہیں پائی جاتی ہے اور خفیف سی ہوتی ہے آزاد ہونے سے، اور اس کے اردگرد کی فضا سے، جس میں انصبابات محدود ہونے کے امکان کے بغیر پھیل سکتے
ہیں، عمود فقری میں ان پیچیدگیوں کے نادرالوقوع ہونے کی توجیہ ہوجائے گی جو 686
کھوپری کے اندر ام جافیہ کے سلسلہ میں ہڈی کے دب جانے اور پیپ اور خون کی وعابدریاں واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہیں ۔

باریک دیواروں کی وریدوں کا وہ ضفیرہ جو اس غلاف اور ہڈیوں کے درمیان واقع ہوتا ہے بعض اوقات عمود کی چوٹ میں وسیع نزف کا منبع ثابت ہوتا ہے۔ جو خون اس طرح نکلتا ہے اس کا رجحان تجاذب سے قنال کے زیریں ترین حصہ میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے ۔ اور جب یہ کافی مقدار میں ہوتا ہے تو حبل نخاعی پر دباؤ پڑنے کے اثرات پیدا ہوجاتے ہیں ۔

فقرات کی موخر جانب پر محرابوں کے اوپر عروق کا ایک ضفیرہ موجود ہوتا ہے (ظہری شوکی وریدیں) ۔ جو کمر کے عضلات اور اس کی پوششوں سے خون وصول کرتا ہے۔ یہ عروق زیر اصفری (subflava) رباطات میں سے گذر کر شوکی قنال کے اندر کے وریدی ضفیرہ سے ربط پیدا کرتے ہیں، اور اس ربط کے ذریعہ سے التہاب باہر سے حبل کے غلاف میں منتقل ہوسکتا ہے ۔ چنانچہ نخاعی التہاب سحایا (spinal meningitis) ان گہرے بستری قروح اور تقیحی عوارض سے پیدا ہوچکا ہے جو شوکی ورقوں کے بالکل قریب واقع تھے ۔

ام جافیہ میں کھوپری کے اندر دو فضائیں ہوتی ہیں تحت جافی (subdural) اور زیر عنکبوتی (subarachnoid) (دیکھو صفحات 42،41)۔چونکہ عنکبوتیہ (arachnoid) ام جافیہ سے قریبی طور پر ملا ہوتا ہے اس لئے تحت جافی فضا محض ایک فضائے بالقوہ ہوتی ہے۔مگر زیر عنکبوتی فضا وسیع ہوتی ہے (شکل ۱۵۹ اور ۱۶۰) اور
اس میں دماغی نخاعی سیال بھرا ہوتا ہے جو حبل کو گھیرے ہوتا ہے۔یہ فضا دماغ کے 687



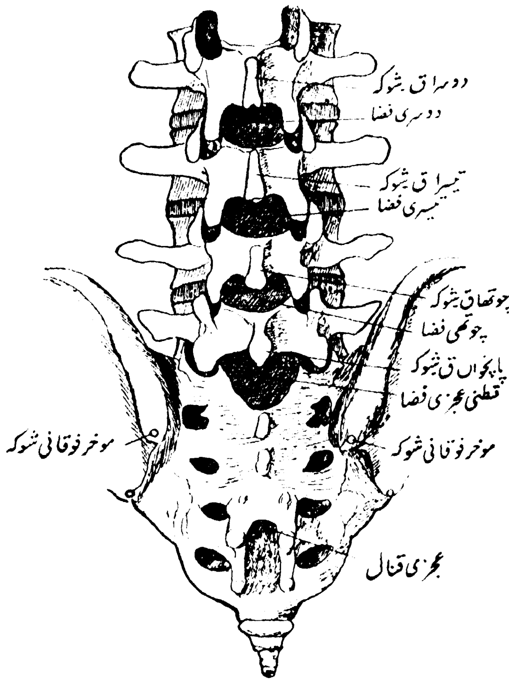
شکل ۱۶۰۔عمود فقری کے زیرین حصہ کی عمودی تراش جو زیر عنکبوتی فضا کے محل اور اس کی وسعت کو ظاہر کرتی ہے۔
تیر قطنی کچوکے کے مقام کو ظاہر کرتا ہے۔

قاعدہ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے مسلسل ہوتی ہے (شکل ۱۱ صفحہ 42)۔اس کھلے ربط کے ذریعہ سے انتہابی عوارض حبل سے دماغ تک بآسانی پھیل سکتے ہیں۔ان فضاؤں میں

چوٹ لگنے پر بعض اوقات خون و عا بدر ہو جاتا ہے۔

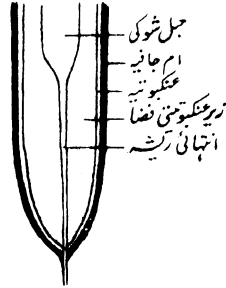
غلافات کے کسی زخم سے کٹ جانے کی حالت میں دماغی نخاعی سیال (cerebro-spinal fluid) بڑی بڑی مقداروں میں بہ چکا ہے۔ اس سیال میں طبعی طور پر ۰۲۰۵ فی صدی البیومن ہوتی ہے، لیکن اگر اغشیہ ملتہب ہوں تو اس کی مقدار اس سے دوگنا ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں اس سیال کا دباؤ اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ اس سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالتوں میں یہ سیال کسی دباؤ کے زیر اثر بھی جو گردونواح کی وریدوں سے زیادہ ہو جذب ہو جاتا ہے (ہل : Hill)۔ لیٹنے کی حالت میں اس دباؤ کو پانی کا ۲ انچ لمبا کالم برداشت کرنا چاہئے۔ اور کمر سیدھی ہونے کی حالت
688 میں ۶ تا ۸ انچ کا۔ ہر عضلی جہد پر جیسا کہ کھانسنے میں یا زفیر کے لئے دفعتہً کوشش کرنے میں دروں نخاعی وریدیں متسع ہو جاتی ہیں اور دماغی شوکی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ مرضا میں یہ دباؤ طبعی دباؤ سے دس گن زیادہ ہو جاتا ہے۔ اس دباؤ کو قطنی کچوکے (lumbar puncture) سے کم کیا جا سکتا ہے جو ۸ تا ۱۰ سنٹی میٹر لمبی سوئی عمود فقری کے قطنی حصہ پر زیر عنکبوتی فضا میں بھونکنے سے لگایا جاتا ہے۔ تیسرے اور چوتھے قطنی شوکوں کے درمیان عین خط وسطی پر ایک نقطہ منتخب کر لیا جاتا ہے کیونکہ یہاں میان ورقی فضائیں عریض ترین ہوتی ہیں، اور اس حالت میں جانبی نقطہ منتخب کرنے کی نسبت عروق خون اور اعصاب کی جڑوں کو نقصان پہنچنے کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ چوتھا قطنی شوکہ بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے۔ کیونکہ یہ حرقفی عرفوں کے بلند ترین نقاط کے لیول پر واقع ہوتا ہے (شکل ۱۶۱)۔ جب عمود فقری کو آگے کی طرف جھکا دیا جاتا ہے تو بین ورقی فضا بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لہذا مریض کو کروٹ دلا کر خمیدہ کر دیا جاتا ہے، یا اسے بٹھا کر آگے کی طرف کو جھکا دیا جاتا ہے۔ سوئی کی نوک ناف کے رخ میں بھونک دی جاتی ہے (فلیک : Flack)۔ سوئی زیر اصفری رباط میں سے ورقوں کے درمیان سے گذر جاتی ہے۔ اگر دباؤ طبعی سے بہت کم ہو جائے تو تشنجات شروع ہو جاتے ہیں۔ اس لیول پر حبل نخاعی نہیں ہو سکتی لیکن بعض اوقات سوئی زیرین عصبی جڑوں میں سے کسی ایک میں سے گذر جاتی ہے، جس سے جارحہ اسفل کے عضلات میں جھٹکے شروع ہو جاتے ہیں۔

شوکی بے حسیِ درد (spinal analgesis) **قطنی کچوکا** (lumbar puncture) لگانے کے نقطہ پر زیرعنکبوتی فضا میں سٹووین (stovaine) یا اسکی متجانس اشیا کا اشراب کرنے سے پیدا کی جاتی ہے۔ جب تک کہ مبزل نکالنے پر دماغی نخاعی سیال نلکی میں سے آزادانہ طور پر نہ بہنے لگے اشراب نہ کرنا چاہیئے۔ کیونکہ جب تک ایسا نہ ہوگا نلکی زیرعنکبوتی فضا میں نہ ہوگی۔ بالعموم ۲۰ تا ۳۰ مکعب سنٹی میٹر سیال نکالا جاتا ہے۔ 689



شکل ۱۶۱۔ قطنی میاں ورقی فضاؤں کی تصویر جو چوتھے قطنی شوکہ کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔
م۔ ف۔ ق۔ موخر فوقانی شوکہ۔

اور اس کی جگہ سیال یا مصل کی اتنی ہی مقدار داخل کر دی جاتی ہے۔ دماغی ضغطہ کی حالتوں میں اگر سیال دفعتہً باہر نکال دیا جائے تو سوراخ کبیر میں نخاع مستطیل اور دماغ کے کاگ کی طرح گھس جانے کا خطرہ ہوتا ہے، اور اس طرح یہ مضغوط اور عدیم الدم ہو جاتے ہیں، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے مسٹر بارکر (Mr. Barker) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ چت لیٹنے کی حالت میں زیر عنکبوتی فضا کا زیریں حصہ وسطی ظہری خطہ میں واقع ہوتا ہے۔ اور اس لئے اگر کوئی ایسا سیال جس کی کثافت اضافی دماغی نخاعی سیال کی کثافت اضافی (۱۰۰۷) سے زیادہ ہو قطنی خطہ میں 690



شکل ۱۶۲۔ نخاعی مخروط، انتہائی ریشہ، اور شوکی اغشیہ کی ارتسامی انتصابی تراش۔

بذریعہ اشراب داخل کر دیا جائے تو اس کا رجحان تجاذب کے زیر اثر اسی حصہ میں جمع ہو جانے کی طرف ہوگا۔ مریض کے کندھوں کو اونچا اور نیچا کرنے سے معدم حس کے انتشار کی رفتار کو معتدبہ حد تک منظم کیا جا سکتا ہے۔ سٹووین (stovaine) کے اشرابات سٹرکنین (strychnine) سے ملا کر بالائی ظہری اور عنقی خطوں میں بین ورقی فضاؤں میں سے کئے گئے ہیں (جونیسکو: Jonnesco)۔ جن کے لئے عمود فقری کو ان کی زیادہ سے زیادہ بسط کردگی حاصل کرنے کے لئے جھکا دیا جاتا ہے مگر یہ طریق کار خطرناک ہے۔

حبل کا محل وقوع ایسا ہے کہ شگافتہ (incised) اور کچوکے دار (punctured) زخموں کی رسائی اس تک آسانی سے نہیں ہوتی۔ جن مقامات پر اس تک باسانی رسائی ہو سکتی ہے وہ صرف اطلس اور قذال اور اطلس اور محور کے درمیانی حصے ہیں۔ ان محلات پر حبل کے مہلک زخموں کے پائے جانے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ عمود فقری کے زیرین حصہ میں اگر زخم کا ایک خاص رخ ہو تو وہ نخاع شوکی تک پہنچ سکتا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ کی اطلاع دی گئی ہے جس میں ایک نوکدار چیز جو نیچے سے اوپر کی طرف کو داخل کی گئی تھی نویں اور دسویں ظہری فقرات کے درمیان قنال میں گھس گئی تھی۔

تلوار اور سنگین کے زخموں سے حبل کے زخمی ہونے کی کئی ایک مثالیں درج کی جا چکی ہیں۔ مگر ان مثالوں میں سے اکثر میں زخم کے ساتھ محافظ ہڈی کا کوئی نہ کوئی کسر بھی موجود تھا۔ بندوق کی جدید نمونہ کی تیز رفتار گولیاں حبل شوکی میں داخل ہو کر 691
نہ صرف انہی ساختوں کو جو اس کے عین راستہ میں واقع ہوتی ہیں بلکہ دور کے حصوں کو بھی بہت نقصان پہنچاتی ہیں۔ ایسی گولیاں جب دماغی نخاعی کہفہ میں — جو ایک بند کہفہ ہے — داخل ہوتی ہیں تو دھماکے کا سا اثر پیدا کرتی ہیں جس سے اس بند فضا میں نزفات پیدا ہو جاتے ہیں اور تمام حصے کوفتہ ہو جاتے ہیں۔

ام حنونہ (pia mater) حبل کے لئے ایک قوت رساں غلاف ہے۔ شریانیں قبل اسکے کہ اسکے جسم کو رسد پہنچا سکیں اس میں داخل ہوں متفرع ہو جاتی ہیں۔ فقری، بین ضلعی، قطنی، حرقفی قطنی، اور جانبی عجزی شریانیں عصبی جڑوں کے ساتھ ساتھ شاخچے بھیجتی ہیں۔

ارتجاج حبل (concussion of the cord)۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ کمر کی بعض چوٹوں کے بعد علامات کا ایک سلسلہ جو عام طور پر شدید اور پیچیدہ قسم کا ہوتا ہے نمودار ہوتا ہے۔ اور یہ حبل نخاعی کے ارتجاج یا اسکے ہل جانے (shaking) سے منسوب کیا جاتا ہے۔

ان چوٹوں سے یہ قیاس کیا جاتا ہے کہ جب حبل کو کوئی فوری صدمہ پہنچتا ہے تو اس میں چھوٹے چھوٹے نزفات واقع ہو جاتے ہیں جن سے اس کے فعل میں کم و بیش

شدید اختلال پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت کا موازنہ ارتجاج دماغ سے کیا جا چکا ہے گو یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ ارتجاج حبل کی جو علامتیں اکثر تسلیم کی جاتی ہیں وہ خواص میں ان علامتوں سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہیں جو کسی ایسے عضو کے اسی قسم کے ضررات میں جو اس سے زیادہ پیچیدہ ہو دیکھنے میں آتی ہیں۔

حبل شوکی اپنی عظمی قنال میں لٹکی ہوئی یا معلق ہوتی ہے، اور اس قنال کی دیواروں سے تمام اطراف پر ایک معتد بہ وقفہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ یہ فی الحقیقت صرف ان عصبی تنوں کے ذریعہ سے جو اس میں سے بین فقری سوراخوں کے راستہ سے باہر نکلتے ہیں اور ان تعلقات کے ذریعہ سے جو غلافات کے ساتھ ہوتے ہیں، اپنے محل پر قائم رہتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ دماغ کے اس حصہ سے ملی ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال کے کلاں ترین درون جمجمی اجتماع پر واقع ہوتا ہے (صفحہ 42) اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کھوپری میں دماغ کی جو شدید ترین حرکتیں ممکن ہو سکتی ہیں وہ حبل شوکی تک بہت کمزور ہو کر منتقل ہوتی ہیں۔ مزید برآں غلافات کے اندر حبل تمام اطراف پر ایک فضا سے گھری ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال سے پر ہوتی ہے۔ اس لئے یہ سمجھنا 692
مشکل ہے کہ ایک ساخت جو اتنی محفوظ ہے اس میں ایسے صدمہ سے جو جسم کو پہنچا ہو کس طرح اتنا شدید خلل پیدا ہو سکتا ہے کہ اس میں شدید اور مترقی نقدان فعل ظاہر ہو جاتا ہے۔ حبل درحقیقت کسی حد تک ایک سرفہ (caterpillar) کی طرح ہے جو پانی کے چھوٹے سے شیشہ میں تاگے سے لٹکا ہو۔ اس قسم کے کیڑے کے اندرونی نظام میں بہت شدید چوٹ کے علاوہ کسی دوسری چوٹ سے مستقل طور پر خلل پیدا کرنا (خواہ اس کی ساخت اتنی اولی و اعلی ہی کیوں نہ ہو جتنی کہ حبل کی ہوتی ہے) شاذ مشکل ہے۔

حبل کے تضررات ۔ عمود فقری کے کسور اور خلوع کے خطرناک ہونے کا انحصار اس تضرر کی مقدار پر ہے جو حبل کو پہنچا ہو۔ ان حادثات میں مضروب فقرہ کا کچھ حصہ اکثر نخاعی قنال میں تطلیل کر آتا ہے جس سے اس کے اندر کے نازک عصبی مرکز پر دباؤ پڑتا ہے یا وہ کچلا جاتا ہے۔

یہ کہنا بے سود ہے کہ جبل نہائت ہی نرم ہوتی ہے اور اس لئے ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ یہ چوٹ سے اغشیہ کو محسوس طور پر نقصان پہنچنے کے بغیر مکمل طور پر ٹوٹ جائے۔
یہ ایک واقعہ ہے کہ کسری خلوع میں غلاف کی دریدگی غیر معمولی ہوتی ہے۔ اور جبل کا کسی ایک مقام پر متناظر اغشیہ کی دریدگی کے بغیر مکمل طور پر کچلا جانا ممکن ہے۔
اس میں کچھ شبہ نہیں کہ جبل کو جو نقصان پہنچتا ہے وہ حادثہ کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوگا۔ لیکن دوسرے امور کے مساوی ہونے کی حالت میں جبل عنقی اور ظہری قطعات کے کسری خلوع میں قطنی قطعہ کے اسی قسم کے ضررات کی نسبت زیادہ شدید طور پر نقصان رسیدہ پائی جائے گی۔ اطلسی محوری خطہ میں ان دونوں ہڈیوں کے ایک دوسرے سے مخلوع ہونے کی حالت میں غیر وضعیت کی جو مقدار ظاہر ہوتی ہے اس سے جبل قاعدۃً شدید طور پر کچلی جاتی ہے، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے، جیسا کہ ان واقعات میں دیکھنے میں آتا ہے جن میں موت پھانسی سے واقع ہوئی ہو۔
ستون کے عنقی اور بالائی ظہری قطعات میں فقرات کے اجسام چھوٹے ہوتے ہیں، عمود فقری حرکت پذیر ہوتا ہے، اور ان حصوں میں جو کسور پائے جاتے ہیں وہ بالعموم بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ان میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ مزید برآں ظہری خطہ کے زیریں حصہ میں عمود فقری کی نسبتاً زیادہ استواری کی وجہ سے غیر وضعیت کے (جب کبھی بھی یہ واقع ہوتی ہے) معتدبہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ 693
بخلاف اس کے یہ معلوم ہونا چاہئے کہ قطنی خطہ میں جبل صرف پہلے فقرہ کے زیریں کنارہ تک ہی پہنچتی ہے۔ نیز فقرات کے اجسام اس خطہ میں بہت بڑے اور شگفتی ہوتے ہیں، اور غیر وضعیت کی متناظر مقدار کے بغیر ایک بہت بڑی حد تک کچلے جا سکتے ہیں۔ نیز یہ حصہ بڑے بڑے دروں فقری اقراص اور عضلات کے بڑے بڑے تودوں سے جو عمود کے اردگرد مُنتصب میں واقع ہوتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتا ہے۔ جبل شوکی کا یہ حصہ جو قطنی خطہ تک چلا آتا ہے ذنب الفرس (cauda equina) کے بہت سے احبال کی وجہ سے بھی جن کا رجحان اپنے ڈھیلے پن اور اضافی لوچ کی وجہ سے چوٹ کو اقل بنانے کی طرف ہوتا ہے محفوظ رہتا ہے۔

ہڈی کی غیر وضعیت کی وہ مقدار جس سے دباؤ کے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں اکثر اس مقدار سے زیادہ ہوتی ہے جو فرض کی جا سکتی ہے۔ امتحانات بعد الموت پر ایسے واقعات میں بھی جن میں جبل کو نقصان پہنچنے کی کوئی شہادتیں دوران زندگی میں موجود نہیں تھیں ضرر رسیدہ فقرات کے حصے شوکی قنال میں معتد بہ حد تک مداخلت کرتے ہوئے پائے گئے ہیں۔

جس حیرت انگیز طریقہ سے جبل آہستہ آہستہ بڑھنے والے دباؤ سے موافقت پیدا کر لیتی ہے وہ اکثر عمود فقری کے مزمن عظمی امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ جو علامات شوکی قنال کے اندر کی جبل اور اعصاب کو نقصان پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں ان کا انحصار ضرر کے محل اور اس کی وسعت پر ہوگا۔ ضرر کے محل کی تشخیص ان تعلقات کی وجہ سے جو اعصاب کو مختلف فقرات سے ہوتے ہیں اور نیز اس امر سے پیچیدہ ہو جاتی ہے کہ بہت سے بڑے بڑے احبال ان مقامات کے اوپر سے پیدا ہوتے ہیں جن پر یہ فقری قنال میں سے نکلتے ہیں۔ دونوں بلند ترین اعصاب یعنی پہلا اور دوسرا عنقی عصب جبل سے پیدا ہو کر باہر نکلنے کے مقامات تک تقریباً افقی ممر اختیار کرتے ہیں۔ بقیہ اعصاب کا رخ کم و بیش ترچھا ہوتا ہے، حتیٰ کہ زیر ترین عصبی تنے اپنے اپنے بین فقری سوراخوں تک تقریباً انتصابی رخ میں جاتے ہیں۔ 694

قنال فقری میں سے اعصاب کے نکلنے کے مقامات ۔ پہلا عنقی عصب قنال میں سے پہلے عنقی فقرہ کے اوپر سے نکلتا ہے۔ مزید برآں بقیہ عنقی تنے بھی جن فقرات کے نام سے موسوم کئے جا سکتے ہیں ان کے اوپر سے نکلتے ہیں۔ اور آٹھواں عنقی عصب قنال میں سے آخری عنقی اور پہلے ظہری فقرہ کے درمیان سے نکلتا ہے۔ ظہری قطنی اور عجزی اعصاب کا مقام خروج ان فقرات کے نیچے ہوتا ہے جن کے نام سے یہ منسوب کئے جاتے ہیں۔ چنانچہ پہلا ظہری عصب پہلے اور دوسرے ظہری فقرات کے درمیانی سوراخ سے گزرتا ہے، علیٰ ہذا القیاس۔

جبل سے پیدا ہونے کے مقامات

پہلا عنقی عصب جبل میں سے اس وقفہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے جو اطلس اور

قذال کے درمیان ہوتا ہے۔

دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب جبل سے محور کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں

چوتھے، پانچویں، چھٹے، ساتویں، اور آٹھویں عنقی اعصاب جبل میں سے علی الترتیب تیسرے، چوتھے، پانچویں، چھٹے، اور ساتویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے چار ظہری اعصاب جبل سے ان اقراص کے مقابل پیدا ہوتے ہیں جو علی الترتیب ساتویں عنقی اور پہلے دوسرے، اور تیسرے ظہری فقرات کے نیچے ہوتے ہیں۔

پانچویں اور چھٹے ظہری اعصاب جبل سے چوتھے اور پانچویں فقرات کے نیچے کے کناروں کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

بقیہ چھ ظہری اعصاب جبل سے چھٹے، ساتویں، آٹھویں، نویں، دسویں اور گیارھویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے تین قطنی فقرات جبل سے بارھویں ظہری فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

چوتھا قطنی عصب جبل سے بارھویں ظہری اور پہلے قطنی فقرات کے درمیان کے قرص کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

آخری قطنی عصب معہ عجزی اور عصعصی اعصاب کے جبل سے پہلے قطنی فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

لہذا یہ معلوم ہو جانا چاہیئے کہ عمود فقری کے تمام عصبی مشمولات کے کسی خاص مقام پر کچلے جانے سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں ان کا مشاہدہ کرتے وقت نہ صرف انہی اثرات کا خیال رکھنا چاہیئے جو نخاع (medulla) کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں بلکہ ان نتائج کا بھی خیال رکھنا چاہیئے جو عصبی تنوں کی (جو وہاں سے نکلتے ہیں) دریدگی سے پیدا ہوتے ہیں گو
695 ان کے مبادی محل ضرر سے اوپر ہی ہوتے ہیں۔ مزید برآں جبل کے صرف کچھ حصہ ہی کو اکثر ضرر پہنچتا ہے، اور بعض اوقات یہ بالکل بچ بھی جاتی ہے اور ایک یا زائد اعصاب مکسور فقرا یا ہڈی کے ان ٹکڑوں سے جو ضرر کی وجہ سے علیحدہ ہو جاتے ہیں کچلے جاتے ہیں۔

کسری خلوع (fracture-dislocations) میں اوپر کے فقرہ کا جسم جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے بالعموم آگے کی طرف کو پھسل جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حبل کے مقدم اور مقدم جانبی حصے محل ضرر کے نیچے کے فقرہ کے تظلیلی کنارہ کے ساتھ شدت سے متماسں ہو جاتے ہیں۔

حبل کے یہی حصے ہیں جن میں سے بڑے بڑے حرکی خطے گذرتے ہیں۔ اور اسی لئے اکثر ایسا ہوتا ہے کہ چوٹ کے محل سے نیچے کے حصوں میں حس کی نسبت حرکت کا فقدان زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اگر جزوی حرکی حسی خلل واقع ہوا ہو تو قبل الذکر فعل کے خلل کے موخر الذکر کی نسبت زیادہ وسیع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ حس کا فقدان حرکت کی قوتوں میں کچھ نہ کچھ خلل واقع ہونے کے بغیر کسی حالت میں نہیں پایا گیا۔ اگر حبل کے رمادی مادہ کو بہت شدید نقصان نہ پہنچا ہو تو وہ معکوس حرکتیں جو حبل کے اس قطعہ سے متعلق ہوتی ہیں مناسب ہیجان سے مشمول حصوں میں بالعموم پیدا کی جا سکتی ہیں۔ اگر یہ معکوس حرکتیں غائب ہو جائیں تو یہ نتیجہ نکالا جا سکتا ہے کہ رمادی مادہ شکستہ ہو چکا ہے اور تمام حبل شوکی ضرر کے محل پر پھیلی جا چکی ہے۔

عمود فقری میں کسر جتنا اوپر کی طرف ہو گا فعل تنفس میں اتنا ہی زیادہ خلل واقع ہونے کا امکان ہو گا۔ اگر ضرر عمود فقری کے ظہری حصہ کے بالائی سرے پر ہو تو نہ صرف شکمی عضلات ہی مشلول ہوتے ہیں بلکہ تمام بین ضلعی عضلات میں بھی شلل نمودار ہو جاتا ہے۔ جب ایسا کسر جس میں حبل کو نقصان پہنچا ہو چوتھے عنقی فقرہ سے اوپر واقع ہو تو وہ فوراً مہلک ثابت ہوتا ہے۔ ڈایا فرامی عصب کا زیادہ تر حصہ چوتھے عنقی عصب سے نکلتا ہے اور تیسرے اور پانچویں عصب سے بھی اس کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ چوتھا عصب چوتھے عنقی فقرہ کے عین اوپر سے نکلتا ہے۔ اگر حبل کو اس مقام سے عین نیچے کوئی نقصان پہنچ جائے تو مریض صرف ڈایا فرام ہی سے سانس لے سکتا ہے۔ اور اگر ضرر اتنا بلند واقع ہو کہ ڈایا فرامی عصب کا بڑا جزو تباہ ہو جائے تو ہر قسم کا تنفس ناممکن ہو جاتا ہے۔ 696

تبول کا عصبی میکانیہ ۔ حوضی اعصاب جن کا زیادہ تر تعلق تبول سے ہے حبل شوکی کے زیریں عجزی خطہ سے نکلتے ہیں۔ اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ

حبل شوکی کے مستعرضاً مکمل طور پر کچلے جانے سے احتباس بول پیدا ہو جائیگا خواہ چوٹ کا
لیول کچھ بھی ہو۔ اگر چند دن کے اندر اندر موت واقع نہ ہو تو احتباس کا نتیجہ بیش بہاؤ ہوتا
ہے۔ اگر تضرر عجزی خطہ کے زیریں حصہ سے اوپر ہو جس سے کہ حیائی عصب (pudic nerve)
کے نواتات متاثر نہ ہوئے ہوں تو کئی ایک ہفتوں یا مہینوں کے گذرنے پر احتباس اور
بیش بہاؤ کے بعد خود رو تبول (automatic micturition) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس
درجہ میں پیشاب بیک وقت کافی عرصہ تک رکا رہتا ہے، اور بڑے بڑے لے دار فواروں
کی شکل میں وقتاً فوقتاً خارج ہوتا رہتا ہے، اور مریض اس سے بے علم ہوتا ہے۔ یہ لے دار
فوارے عجانی خطہ کی جلد کو چھونے، یا کسی ایسی چیز سے، جو موخر مجری بول میں (جو اس قسم کے
ضربات کے بعد پیشاب سے پُر ہوتا ہے) دباؤ کو بڑھا دے، مثلاً لیٹنے کے بعد اٹھ کر کھڑا ہونے
سے، پیدا ہو سکتے ہیں۔ اس درجہ میں بولِ باقی کی معتدبہ اور اکثر ایک بڑی مقدار موجود
ہوتی ہے۔ آدمی میں اس درجہ کے مظاہر مثانہ کی موجودہ یا سابق الوجود شدید سرائت کی وجہ
سے جس سے اس کی گنجائش اس کی دیواروں کی صرف لچک ہی کے غائب ہو جانے سے
کم ہو جاتی ہے اکثر مخفی رہتے ہیں۔ مگر ایسے واقعات میں بھی ہر ایک "تبول" پر کئے ہوئے
پیشاب کے حجم کے مقابلہ میں بول باقی کی مقدار معتدبہ ہوتی ہے گو اس کا حقیقی حجم
طبعی آدمی میں ناقابل التفات ہوتا ہے۔ دوسرے پستانیوں میں جن میں شوکی عبوری
تراش کے بعد بولی سرائت بالعموم واقع نہیں ہوتی "خود رو تبول" (automatic
micturition) کے وقوع کے ساتھ مجری بول کو بند کرنے والے میکانیہ کا (جو شوکی
عبوری تراش والے پستانیوں میں ضاغطیہ مجری بول: compressor urethræ ہوتا
ہے) مترقی نقصان تنش دیکھا جا سکتا ہے۔ جب خود رو تبول قائم ہو جائے تو نکلتے ہوئے 697
پیشاب کے فواروں کی لے وہی دکھائی دیتی ہے جو عجانی عضلات کے مرئی متوازن انقباضات
کی ہوتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خود رو تبول کا انحصار ضاغطیہ مجری بول
(compressor urethræ) کے متوازن طور پر ڈھیلے ہونے پر ہوتا ہے اور مثانہ کے
انقباضات پر نہیں ہوتا۔ ضاغطیہ مجری بول کے متوازن انقباضات حبل شوکی کی عبوری
تراش کے ساتھ ہی واقع ہونے لگتے ہیں، مگر اس کی تنش کے کم ہو جانے کے بعد ہی صرف

ایسا ہوتا ہے کہ اسکے متوازن انقباضات مجری بول کی مزاحمت میں وہ مطلوبہ تغیر پیدا کر دیتے ہیں جس سے میان مثانی دباؤ سے بخوبی نمایاں فوارے پیدا ہونا شروع ہو جاتے ہیں (بیرنگٹن : Barrington)۔

اگر حبل اتنی نیچے کچلی جائے کہ حیائی اعصاب (pudic nerves) کے نوات ماؤف ہو جائیں یا یہ ذنب الفرس (cauda equina) پر سے کچلی جائے تو خودروتبول (automatic micturition) واقع نہیں ہوتا، گو مثانہ کا حجم کسی ایسے طریقہ سے جو سمجھ میں نہیں آتا وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔

تبرز (defæcation) کے فعل میں بھی خلل واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس کے لئے قطنی کلانی میں ایک معکوس مرکز ہوتا ہے جس کو حرکی اور حسی اعصاب نیچے کی طرف معائے مستقیم اور اس کے عضلات سے ملاتے ہیں۔ نیز اس مرکز اور دماغ کے درمیان ایسے خطے ہیں جن کے متعلق زیادہ علم نہیں، اور جن کے ذریعہ سے اتناعی افعال سرانجام دئے جا سکتے ہیں۔ ادنی جانوروں میں ان معکوس مراکز پر دماغ کا غیر مکمل قابو ہوتا ہے۔ مگر ان میں بھی یہ قابو تربیت سے پیدا کیا جا سکتا ہے۔

جب خود مرکز کو ضرر پہنچ جاتا ہے یا وہ تعلق منقطع ہو جاتا ہے جو اس کو حشائے ندکور سے ملاتا ہے تو مریض کو سلس البراز (incontinence of fæces) کی تکلیف ہو جاتی ہے، اور وہ اس فعل کو کسی طرح قابو میں نہیں رکھ سکتا۔ جب حبل کو کسی معکوس مرکز اور دماغ کے درمیان نقصان پہنچ جاتا ہے تو تبرز کا فعل منظم او قاف پر ہوتا ہے۔ اور مریض کو اس فعل کی خبر نہیں ہوتی، اور وہ اس کے امتناع پر قابو نہیں رکھتا۔

عنقی حبل کے بعض تضررات میں حادثہ کے بعد مریض کو کچھ عرصہ کے لئے شدید قے
698 کی شکائت ہو چکی ہے، یا قلب کے فعل میں معتدبہ تغیر واقع ہو چکا ہے۔ مثال کے طور پر ایرکسن (Erichsen) ایک آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کو عنقی شوکہ پر شدید چوٹ لگنے کے بعد ہر روز کئی ایک مہینے تک قے آتی رہی۔ واقعات کے ایک دوسرے گروہ میں ایسی مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں نبض عمود فقری کے عنقی حصہ کے ضررات کے بعد ۴۸ سے بھی کم ہو گئی تھی بلکہ ۳۶ یا ۲۰ ہی رہ گئی تھی۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ معین تنا (accessory trunk) حبل میں سے اتنا نیچے سے نکلتا ہے جتنا نیچے کہ چھٹے یا ساتویں عنقی اعصاب ہوتے ہیں۔ شوکی حبل کے اندر کے مراکز کے محلات کے متعلق جو جلد کے رقبہ جات، عضلات، اور احشاء کے گروہوں سے تعلق رکھتے ہیں شکم اور جوارح کی عصبی رسدوں کے ذکر میں کچھ تفصیلات دیئے جا چکے ہیں (دیکھو صفحہ 390 اور اس کے بعد کے صفحات اور صفحہ 671)۔

شوکہ مشقوقہ (spina bifida)۔ یہ اصطلاح فقری قنال کے بعض خلقی تشوہات کو ظاہر کرتی ہے جن میں اس کے بعض مشمولات سیال سلعہ کی شکل میں بروز کر آتے ہیں۔ یہ تشوہ عام طور پر بعض فقرات کی عصبی محرابوں اور ان کے شوکوں کے فقدان پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس لئے سلعہ پیچھے کی طرف کو ابھر آتا ہے۔ شوکہ مشقوقہ قطنی عجزی خطہ میں نہائت کثرت سے واقع ہوتا ہے جبکہ آخری قطنی فقرہ اور تمام عجزی فقرات کی عصبی محرابیں غائب ہوتی ہیں۔ دوران نمو میں عصبی محرابیں پہلے ظہری خطہ میں بند ہوتی ہیں، اور آخر میں قطنی عجزی خطہ میں۔ کثرتِ وقوع کے لحاظ سے اس کے بعد یہ عجزی خطہ میں پایا جاتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ نادرالوقوع ہے۔ (۱) بعض اوقات اغشیہ اکیلے ہی بروز کرتے ہیں (شوکی سحائی قیلہ : spinal meningocele)۔ (۲) بعض اوقات اغشیہ حبل شوکی اور اس کے اعصاب کے ساتھ بروز کرتے ہیں (سحائی لبی قیلہ : meningo-myelocele)۔ (۳) بعض اوقات اغشیہ حبل کے ساتھ بروز کرتے ہیں جس کی مرکزی قنال اس طرح متسع ہوتی ہے کہ اس کا ایک تاچہ نما کہفہ بن جاتا ہے (کہفی لبی قیلہ : syringo-myelocele)۔

سحائی لبی قیلہ (meningo-myelocele) عام ترین قسم ہے۔ اول الذکر قسم شاذونادر ہی پائی جاتی ہے اور آخرالذکر بہت ہی نادرالوقوع ہے۔ جو سیال تاچہ کو متسع کرتا ہے وہ دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے، اور وہ حبل اور دماغ کے اس نظام کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ جب سیال کو مضغوط کیا جاتا ہے تو یہ دماغ کے قاعدہ پر کی زیر عنکبوتی فضاؤں میں چلا جاتا ہے اور دماغ اوپر کی طرف کو اٹھ کر مقدم یا فوخ کے ساتھ جا ملتا ہے جہاں اس کا تصادم محسوس کیا جاتا ہے۔ جب بچہ روتا ہے تو یہ سلعہ 699

کلانی یافتہ اور تنیدہ ہو جاتا ہے ۔ دماغی اور شوکی وریدوں کا تمدد سیال کو اقل مزاحمت کی سمت میں دھکیل دیتا ہے ۔ تاچہ کی دیوار (۱) اغشیہ، (۲) جلد، اور (۳) ایک متوسط غشا سے بنتی ہے جو اس عصبی ورقہ کی متناظر ہوتی ہے جو چپٹا رہ جاتا ہے اور بند نہیں ہوتا، اور حبل نخاعی کے قطنی حصہ کا قائم مقام ہوتا ہے اور جس سے اعصاب چسپیدہ ہوتے ہیں ۔ اسی لئے شوکہ مشقوقہ (spina bifida) میں عام طور پر کم و بیش شلل اور عدم حسیت بھی موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی جوارح اسفل اور عجان کا تشوہ بھی پایا جاتا ہے یہ نقص نمو کے ایک نہایت ہی ابتدائی درجہ میں پیدا ہوتا ہے ۔ اور اس لئے سلعہ کے خط میں حبل یا اعصاب کا کچھ حصہ یا تو غائب ہوتا ہے یا ناقص طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے ۔ بعض حالتوں میں عصبی عارضہ شدید درجہ کے گرزپا (club-foot) کی شکل اختیار کر لیتا ہے ۔ اور بعض میں جوارح اسفل اور مثانہ اور معائے مستقیم کا کم و بیش مکمل شلل پایا جاتا ہے ۔

صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۳۸۴	۲	erector	(erectors	۴۳۹	۱۰	ہوئی	ہوتی
۳۸۶	۳	زیریں حصہ	ـــ زیریں حصہ	۴۶۰	۱۰	اکبر	کبیر
۳۸۷	۲۰	ضر	ضرر	۴۸۳	۱	با	یا
۳۸۹	۴	طرف لو	طرف کو	۴۸۸	۱۳	prenepheic	prenephric
۳۹۳	۵۔ بیان تصویر	متعلق عدد	متعلق درد	۴۹۵	۱۰	منفرز	منغرز
۳۹۷	۱۱	میں۔	ہیں۔	۵۰۹	۱۷	ہے۔	ہیں۔
۳۹۸	۳	اعصاب۔	اعصاب	۵۱۹	۱۳	صفاقی	صفاقی
۴۰۰	۱۷	وتر متحدہ کہ	وتر متحدہ	۵۲۴	۶ تا ۱۷	عانین	عانہ
۴۱۲	۹	لیجایا سکتا ہے۔	لیجایا جا سکتا ہے۔	۵۲۸	۷	اترات	اثرات
۴۱۵	۱۸	W. A. E.	(W. A. E.	۵۳۱	۸	کا استعمال	کی منفعت
۴۲۲	۴	Dunbar)	Dunbar:	۵۳۹	۲۱	گردہ	گروہ
۴۲۷	۶	پہنچتا ہے	پہنچتا ہے۔	۵۴۰	۲ بیان تصویر	کلوکی	مخرجی
۴۲۸	۲	چلا جاتا ہے	چلے جاتے ہیں	،،	۱۳	درون بالید	دروں بالید

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۵۴۳	۲۰	سے ہوتی ہے۔	ہوتی ہے۔
۵۴۷	〃	ہیں۔	نہیں۔
۵۵۰	تصویر	شبکہ کا عناصر	شبکہ کے عناصر
۵۷۱	۲۱	اعظیم	غظیم
۵۷۴	۱۱	پھونکی	بھونکی
۵۷۵	۲۴	کٹاؤ	سوراخ
۶۱۴	۱۳	خم	خطہ
〃	۱۹-۲۴	ابلہ	ربلہ
۶۱۸	۳	مظبوطی	مضبوطی
۶۳۱	۲۰	خباطیہ	خیاطیہ
۶۲۴	۱۳	(posterior)	(posterior
۶۲۸	۱۲	چھوٹا	چھوٹی
۶۳۳	۳	فخذی	حرقفی
۶۳۸	۲۳	سیلیت	مسیلیت
۶۵۸	۳	(tertius)	tertius)

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۶۶۱	۱۲	Achiilis	Achillis
۶۶۴	۱۵	Archillis	Achillis
۶۶۶	۲۲	کرتاہے	کرتاہے۔
〃	۲۳	بیرونی	دوسرے
۶۷۵	۷	رَوع القدم	رَوح القدم
۶۷۷	۱۴	قسموں، یں	قسموں میں
〃	۲۰	روح القدم	روح القدم مسطح
۶۸۲	پیشانی	سلمیات	سلامیات
۶۸۵	۳-بیان تصویر	حقنقی	حقیقی
۶۹۲	۱۹	کوپتر	کوخر
〃	۲۰	(iliacus	(iliacus)
۷۱۲	۱	analgesis	analgesia
〃	۳-بیان تصویر	م م - ف - ق - موخر فوقانی شوکہ۔	حذف کر دیا جائے۔

صحت نامه

صحیح	غلط	سطر	صفحه
—— muscles of, 379, 387	—— nerves of, 389	۱۲	۱
مبرزی قنال	قنال مبرز	۳۰	۳
شبکیتی	شبکیی	۱۶	۶
تثبیت	تشبیت	۱۷	۸
حالتیں	حالتیں	۳۵	۸
خلقی	حلقی	۱۰	۱۴
(نافذه)	(نافده)	۶	۲۷
صماخ الاذن	سماخ الاذن	۳۲	۴۲
نخاع	بخاع	۱۹	۴۳
ضفیره	ضعیره	۴	۵۰
دیکھو	دیکھی	۱۴	۵۷
بتر	بیر	۱۶	۶۲
بطینات	بطیںات	۳۴	۷۷

اشاریه

جراحی اطلاقی تشریح

جلد اول و دوم

انگریزی اصطلاحات کے سامنے لکھے ہوئے اعداد اصل انگریزی کتاب کے صفحات کے اعداد ہیں جو اس کتاب کے حاشیہ پر درج ہیں —